

ATIVIDADES DO ENFERMEIRO NOS SISTEMAS DE TRIAGEM/CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Aline Marques ACOSTA^a, Carmen Lucia Mottin DURO^b, Maria Alice Dias da Silva LIMA^c

RESUMO

Objetivou-se identificar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre as atividades do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência. Realizou-se uma revisão integrativa, com busca nas bases de dados Science Direct, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram selecionados 22 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Os resultados evidenciaram que as principais atribuições deste profissional são a avaliação do estado de saúde do usuário e a tomada de decisão, processo que necessita de conhecimento clínico e de tempo de experiência. O enfermeiro tem a capacidade de organizar o fluxo dos usuários conforme a prioridade do atendimento e a demanda dos serviços, sendo um profissional de excelência na execução da triagem/classificação de risco nos serviços de urgência.

Descritores: Enfermagem em emergência. Serviço hospitalar de emergência. Triagem.

RESUMEN

Se objetivó identificar y evaluar la evidencia disponible en la literatura sobre las actividades de enfermeros en sistemas de clasificación de riesgo en servicios de urgencia. Se realizó revisión integradora, con búsqueda en las bases Science Direct, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Se seleccionaron 22 artículos que cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados evidenciaron que las principales atribuciones del profesional son la evaluación del estado de salud del paciente y la toma de decisiones, proceso que necesita conocimiento clínico y tiempo de experiencia. El enfermero tiene la capacidad de organizar el flujo de usuarios de acuerdo con la atención prioritaria y la demanda de servicios, siendo un profesional de excelencia en la ejecución de la clasificación de riesgo en servicios de urgencia.

Descritores: Enfermería de urgencia. Servicio de urgencia en hospital. Clasificación.

Título: Revisión integrativa sobre las actividades del enfermero en los sistemas de clasificación de riesgo en servicios de urgencia.

ABSTRACT

This present study aimed at identifying and assessing available literature regarding the activities of the nurse involved in assessing risk classification in emergency services. The integrative review carried out searches in the following databases: Science Direct, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Latin-American and Caribbean Health Sciences Database (LILACS), and Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Twenty-two articles that met inclusion criteria were selected. Results indicated that the major attributions of this professional are the assessment of the patient's healthcare status and decision-making, a process that demands clinical knowledge and experience. The nurse is capable of organizing the workflow of patients according to the priority of the rendered care and service demands, and stands out as a professional of excellence in the development of triage/risk classification practices in emergency services.

Descriptors: Emergency nursing. Emergency service, hospital. Triage.

Title: Activities of the nurse involved in triage/risk classification assessment in emergency services: an integrative review.

a Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

b Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Professora Assistente da Escola de Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

c Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFRGS. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

Mundialmente, a procura pelos serviços de urgência tem aumentado durante as últimas décadas, levando à necessidade de modificação da organização da assistência. Assim, foram elaborados sistemas de triagem para identificação da prioridade clínica de cada paciente que aguarda atendimento, visando facilitar a igualdade de acesso⁽¹⁾.

Os sistemas de triagem têm o objetivo de organizar a demanda de pacientes que chegam à procura de atendimentos em serviços de urgências da atenção hospitalar e pré-hospitalar, identificando os que necessitam de atendimento imediato e reconhecendo aqueles que podem aguardar em segurança o atendimento, antes que haja a avaliação diagnóstica e terapêutica completa⁽¹⁾. A triagem estruturada faz referência a um protocolo de classificação válido, reproduzível e que permite a classificação dos pacientes, baseado nos diferentes níveis de urgência e de priorização da assistência somado à estrutura física e organização profissional e tecnológica adequada⁽¹⁻²⁾.

Os sistemas de triagem podem se distinguir em relação ao profissional que executa a atividade, quanto à existência de algoritmos de triagem (árvores decisórias), à existência de protocolos de atuação associados, ao número de categorias de urgência, ao ambiente e contexto onde se aplicam e os recursos, equipamentos e meios que envolvem essa atividade⁽²⁾. Atualmente, os quatro sistemas de triagem estruturada mais utilizados são: National Triage Scale (NTS) da Austrália, Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) do Canadá, Manchester Triage System (MTS) do Reino Unido e Emergency Severity Index (ESI) dos Estados Unidos⁽²⁻³⁾.

No Brasil, a triagem estruturada assume a designação de avaliação e classificação de risco, que associada ao acolhimento tem por finalidade identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, a partir de um atendimento usuário-centrado, evitando dessa forma práticas de exclusão. O acolhimento, como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, associado à classificação de risco, tem por finalidade garantir a humanização da assistência nos serviços de saúde, ampliar o acesso e oferecer atendimento acolhedor e resolutivo⁽⁴⁾.

A avaliação da classificação de risco é geralmente realizada pelos enfermeiros. Autores afirmam que os enfermeiros reúnem as condições necessárias, as quais incluem linguagem clínica orientada para os sinais e sintomas, para a realização das escalas de avaliação e classificação de risco⁽¹⁻³⁾.

Com o propósito de ampliar as discussões acerca da atuação do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco, foi realizado este estudo com o objetivo de identificar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre as atividades do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa, método que permite analisar estudos com diferentes metodologias (quantitativa e qualitativa) e possibilita síntese de evidências disponíveis sobre determinado assunto⁵.

As evidências podem ser classificadas hierarquicamente conforme a abordagem metodológica empregada nos estudos. Nesta revisão, foi utilizada a seguinte classificação de nível de evidência: 1 - evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; 2 - evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; 3 - evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; 4 - evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; 5 - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e 7 - evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas⁽⁶⁾.

Para o desenvolvimento desta revisão integrativa foram utilizadas cinco etapas: identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação da síntese do conhecimento⁽⁵⁾.

Para responder a questão norteadora: "quais são as atividades do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência?" realizou-se a busca de material no mês de fevereiro de 2011, nas seguintes bases de dados: Science Direct, Cumu-

lative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizadas as palavras-chaves dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Enfermagem em Emergência”, “Serviço Hospitalar de Emergência”, “Serviços Médicos de Emergência” e “Triagem” e as do Medical Subject Headings (MeSH) “Decision Making”, “Emergency Nursing”, “Emergency Hospital Service”, “Emergency Medical Services” e “Triage”. A busca de literatura foi realizada de forma independente por dois avaliadores estudiosos da temática.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: textos disponíveis online na íntegra, na forma de artigos de pesquisa, teóricos, de reflexão, revisões e relatos de experiência que respondessem à questão norteadora do estudo, nos idiomas inglês, espanhol e português, publicados no período de 2000 a 2010.

Primeiramente, realizou-se a leitura do título e resumo do material encontrado. Foram identificados 34 artigos, conforme a aplicação dos critérios de inclusão. Após a leitura detalhada dos textos foram excluídas 12 publicações que não estavam diretamente relacionadas à temática. Assim, a amostra final foi composta por 22 artigos científicos.

Para a avaliação dos dados, utilizou-se um instrumento específico que contempla informações sobre autores, título, periódico, palavras-chave, objetivo, tipo de estudo, amostra, local, técnica de coleta de dados, resultados e conclusões.

A análise de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, para descrever a caracterização dos artigos encontrados, foram realizados cálculos de frequência simples e relativa sobre ano, país e periódico de publicação. Na segunda etapa, procedeu-se à leitura detalhada dos 22 artigos selecionados, sendo as informações sistematizadas e categorizadas por similaridade do conteúdo em três categorias temáticas: atribuições do enfermeiro na triagem/classificação de risco, conhecimentos e habilidades necessários e vantagens/desvantagens na realização da atividade.

Considerando-se os aspectos éticos, nesta revisão integrativa é assegurada a autoria dos artigos pesquisados, de forma que todos os estudos utilizados são referenciados. Por não envolver seres

humanos, não foi necessária a aprovação do projeto de pesquisa em Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final constituiu-se de 22 artigos relacionados ao foco deste estudo, sendo encontrados nove artigos na base de dados Science Direct, cinco na PUBMED, cinco na CINAHL e três na LILACS. Os artigos incluídos nesta revisão foram referenciados com números de 7 a 28 e estão apresentados no Quadro 1.

Os delineamentos dos estudos incluídos na revisão integrativa consistem em: oito pesquisas quantitativas (36,4%), seis pesquisas qualitativas (27,3%), quatro artigos teóricos de especialistas (18,2%), duas revisões (9,1%), uma pesquisa de métodos mistos (4,54%) e um é relato de experiência (4,54%). Em relação à força das evidências, constatou-se um artigo (4,5%) com nível de evidência 4, catorze artigos (63,6%) com nível de evidência 6 e sete artigos (31,8%) com nível de evidência 7.

Analisando-se as características dos artigos com relação ao ano de publicação, identificou-se que entre os anos 2007 e 2010 se obtiveram 45,4% do total das publicações^(12-15,21-25,28), evidenciando um aumento nos estudos desse tema nos últimos anos. A Tabela 1 ilustra esses resultados.

Os trabalhos foram publicados em 14 periódicos (Tabela 2), sendo que o Australian Emergency Nursing Journal se destacou com quatro artigos (18,2%)^(9,17,26-27). Identificou-se, também, que a maioria dos artigos foi publicada em periódicos da área da Enfermagem^(7-15,17-20,23-24,26-28). Isso pode ser explicado pelo fato de que já na década de 70, nos EUA, os enfermeiros de urgência começaram a participar da triagem⁽¹⁷⁾ e, assim, os artigos são, em sua maioria, escritos por enfermeiros.

No que tange à localização geográfica, identifica-se que a região da Austrália é a que mais tem publicações sobre o enfermeiro na triagem/classificação de risco, sendo que a Austrália se destaca com nove artigos (41%)^(7-9,11,15,17,21,23,26). Esse número de publicações pode ser atribuído ao fato de que esse país foi pioneiro na inserção de protocolos na triagem em serviços de urgência⁽¹⁷⁾. Suécia^(13,20,28), China^(18,26), Irã⁽²⁷⁾, Colômbia⁽¹⁷⁾, Canadá⁽²²⁾ e Grã-Bretanha⁽¹²⁾ também tiveram publicações, conforme indica a tabela 3. No Brasil, foram encontrados dois

Tema	Ano	Autor	Nível de evidência ⁽⁶⁾	Periódico	Base de dados
Atribuições do enfermeiro de triagem	2000	Consodine, Ung, Thomas ⁽⁷⁾	6	Accid Emerg Nurs	PUBMED
	2000	Gerdtz, Bucknall ⁽⁸⁾	6	Aust J Adv Nurs	PUBMED
	2002	Fry ⁽⁹⁾	6	Austr Emerg Nurs J	Science Direct
	2004	Pinto, Rodolpho, Oliveira ⁽¹⁰⁾	6	Rev Gaúcha Enferm	LILACS
	2005	Fry, Stainton ⁽¹¹⁾	6	Accid Emerg Nurs	Science Direct
	2008	Edwards, Sines ⁽¹²⁾	6	J Clin Nurs	CINAHL
	2008	Goransson, Ehnfors, Fonteyn, Ehrenberg ⁽¹³⁾	6	J Adv Nurs	CINAHL
	2008	Souza, Bastos ⁽¹⁴⁾	7	Rev Min Enferm	LILACS
	2009	Curtis, Murphy, Hoy, Lewis ⁽¹⁵⁾	7	Australas Emerg Nurs J	Science Direct
Conhecimentos e habilidades necessários para realização de triagem/classificação de risco	2001	Kelly, Richardson ⁽¹⁶⁾	6	Emerg Med	PUBMED
	2002	Fry, Burr ⁽¹⁷⁾	7	Austr Emerg Nurs J	Science Direct
	2005	Chung ⁽¹⁸⁾	6	Accid Emerg Nurs	Science Direct
	2005	Murillo ⁽¹⁹⁾	7	Av Enferm	LILACS
	2006	Andersson, Omberg, Svedlund ⁽²⁰⁾	6	Nurs Crit Care	CINAHL
	2007	Consodine, Botti, Thomas ⁽²¹⁾	7	Acad Emerg Med	PUBMED
	2007	Dong, Bullard, Meurer, Blitz, Holroyd, Rowe ⁽²²⁾	4	CJEM	CINAHL
	2007	Gerdtz, Bucknall ⁽²³⁾	6	J Adv Nurs	CINAHL
	2007	Pardey ⁽²⁴⁾	7	Australas Emerg Nurs J	Science Direct
2010	Chen, Chen, Ng, Chen, Lee, Chang ⁽²⁵⁾	6	Emerg Med J	PUBMED	
Vantagens/desvantagens na realização de triagem/classificação de risco	2001	Jones, Lyneham ⁽²⁶⁾	7	Austr Emerg Nurs J	Science Direct
	2002	Adeb-Saeedi ⁽²⁷⁾	6	Austr Emerg Nurs J	Science Direct
	2009	Forsgren, Forsman, Carlstrom ⁽²⁸⁾	6	Int Emerg Nurs	Science Direct

Quadro 1 – Artigos sobre a participação de enfermeiros em triagem/classificação de risco segundo tema, ano de publicação, autor, nível de evidência, periódico de publicação e base de dados, Porto Alegre, RS, 2011.

Fonte: Science Direct, CINAHL, MEDLINE, LILACS e Scielo, jan. 2000/dez. 2010.

Tabela 1 – Frequência e percentual da distribuição dos artigos, segundo ano de publicação, Porto Alegre, RS, 2011.

Ano	Quantidade (n)	Percentual (%)
2000	2	9,1
2001	2	9,1
2002	3	13,6
2003	0	0
2004	1	4,5
2005	3	13,6
2006	1	4,5
2007	4	18,2
2008	3	13,6
2009	2	9,1
2010	1	4,5
Total	22	100

Fonte: Science Direct, CINAHL, MEDLINE, LILACS e Scielo, jan. 2000/dez. 2010.

Tabela 2 – Frequência e percentual dos artigos, segundo o periódico de publicação, Porto Alegre, RS, 2011.

Periódico	Quantidade (n)	Percentual (%)
Academy of Emergency Medicine	1	4,5
Accident and Emergency Nursing	3	13,6
Australasian Emergency Nursing Journal	2	9,1
Australian Emergency Nursing Journal	4	18,2
Australian Journal of Advanced Nursing	1	4,5
Avances en Enfermeria	1	4,5
Canadian Journal of Emergency Medical Care	1	4,5
Emergency Medicine (Fremantle)	1	4,5
Emergency Medicine Journal	1	4,5
International Emergency Nursing	1	4,5
Journal of Advanced Nursing	2	9,1
Journal of Clinical Nursing	1	4,5
Nursing in Critical Care	1	4,5
Revista Gaúcha de Enfermagem	1	4,5
Revista Mineira de Enfermagem	1	4,5
Total	22	100

Fonte: Science Direct, CINAHL, MEDLINE, LILACS e Scielo, jan. 2000/dez. 2010.

trabalhos (9,1%), um proveniente de Belo Horizonte⁽¹⁴⁾ e outro de Ribeirão Preto⁽¹⁰⁾.

No Brasil, as pesquisas sobre a participação do enfermeiro na classificação de risco são ainda

incipientes. A cartilha de classificação de risco, editada pelo Ministério da Saúde em 2004, enfatiza o trabalho de uma equipe multiprofissional para o desempenho dessa tarefa⁽⁴⁾. Somente a partir da

Tabela 3 – Frequência e percentual dos artigos, segundo país de origem da pesquisa, Porto Alegre, RS, 2011.

País	Quantidade (n)	Percentual (%)
Australásia (sem especificação de país)	2	9,1
Austrália	9	40,9
Brasil	2	9,1
Canadá	1	4,5
China	2	9,1
Colômbia	1	4,5
Grã-Bretanha	1	4,5
Irã	1	4,5
Suécia	3	13,6
Total	22	100

Fonte: Science Direct, CINAHL, MEDLINE, LILACS e Scielo, jan. 2000/dez. 2010.

adequação aos protocolos internacionais (do Reino Unido, Estados Unidos e Canadá) é que a priorização do atendimento de acordo com a gravidade foi centralizada na atuação do enfermeiro. Isso ocorreu através de iniciativas, como a do Hospital Odilon Behrens de Belo Horizonte, onde a classificação de risco é realizada pela Enfermagem⁽¹⁴⁾.

Com relação ao idioma em que os trabalhos foram publicados, a grande maioria era em inglês (86,9%)^(7-9,11-13,15-18,20-28). A língua portuguesa foi encontrada em dois trabalhos (9,1%)^(10,14) e a espanhola em um (4,5%)⁽¹⁹⁾.

No que diz respeito ao conteúdo dos artigos, evidenciou-se que a produção do conhecimento sobre as atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco aborda, de forma geral, três categorias temáticas: atribuições do enfermeiro na triagem/classificação de risco, conhecimentos e habilidades necessários e vantagens/desvantagens na realização da atividade.

Em relação às atribuições do enfermeiro na realização da classificação de risco, foram encontrados nove artigos, sendo que sete foram classificados com nível de evidência 6⁽⁷⁻¹³⁾ e dois com nível de evidência 7⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Para avaliação do estado de saúde do paciente, o enfermeiro coleta informações, baseando-se, principalmente, na escuta dos antecedentes clínicos e da queixa principal, e realiza o exame físico, a fim de se identificar os sinais e sintomas^(12,14-15), possibilitando

o reconhecimento de padrões normais ou alterados e o julgamento de probabilidade do risco⁽¹¹⁾.

O enfermeiro interpreta os sinais psicológicos, interpessoais e comunicativos do paciente^(14,18), para acolher e verificar a credibilidade da informação clínica⁽¹²⁾. Nesse sentido, o trabalho do enfermeiro na classificação de risco também é influenciado por aspectos sociais e pelo contexto de vida em que o usuário se encontra. Assim, o enfermeiro utiliza a avaliação intuitiva para exercer a classificação a partir da aparência física e do modo que o paciente apresenta o seu problema⁽¹²⁾.

No Brasil, em Belo Horizonte, a avaliação do estado de saúde do usuário é realizada por uma equipe interdisciplinar. Inicialmente, a ficha de atendimento é preenchida pela recepção, onde o indivíduo é orientado sobre o tempo de espera para a classificação segundo o risco. Depois, um auxiliar/técnico de Enfermagem verifica os sinais vitais do usuário e o encaminha para a sala do enfermeiro. Este profissional realiza o restante da coleta de dados, focando na queixa principal e associando antecedentes mórbidos relacionados⁽¹⁴⁾.

A partir da coleta dos dados e do exame físico do usuário, o enfermeiro realiza a tomada de decisão⁽¹⁰⁾, em que a escuta qualificada e o julgamento clínico e crítico das queixas induzem a um raciocínio lógico que determinará a priorização do atendimento^(8,10-12,14). Para a tomada de decisão, o enfermeiro pode utilizar guias e protocolos como suporte e

auxílio na classificação do risco do usuário^(7,12,17-18,23). Os estudos mostram que é fundamental que os enfermeiros que atuam na avaliação e classificação do risco tomem decisões precisas, pois trata-se de identificar e diferenciar aquelas pessoas que não podem esperar por atendimento médico daquelas que podem, portanto, influenciando a dinâmica do serviço de urgência^(11,18).

O enfermeiro deve estar preparado para classificar e, se necessário, reclassificar a prioridade de atendimento do usuário ao longo do período de espera. Para isso, a avaliação do enfermeiro deve ser cíclica, ou seja, requer contínuo planejamento e reavaliações dos usuários⁽¹⁵⁾.

Em alguns países, nos serviços de urgência, é autorizado ao enfermeiro iniciar procedimentos terapêuticos, se for necessário, durante a classificação de risco. Na Austrália, o enfermeiro pode prescrever a administração de medicações orais e inalatórias, oxigenoterapia, soroterapia ou até um eletrocardiograma. É atribuição do enfermeiro, também, orientar ou referenciar os pacientes com queixas classificadas como não urgentes a serviços ambulatoriais de saúde⁽¹⁵⁾. Também, pode solicitar exames laboratoriais e radiológicos^(8-9,15,21).

Com relação ao tema de conhecimentos e habilidades necessários para a triagem/classificação de risco, foram identificados 10 artigos, sendo um com nível de evidência 4⁽²²⁾, cinco com nível de evidência 6^(16,18,20,23,25), quatro artigos com nível de evidência 7^(17, 19, 21,24).

O conhecimento teórico é apresentado como fundamental para se realizar a classificação de risco. O enfermeiro precisa conhecer extensamente as condições clínicas, cirúrgicas e psicossociais da população, em função da diversidade de problemas presentes no contexto do serviço de urgência^(17,19). O profissional deve ter conhecimento sobre o perfil epidemiológico dos usuários que procuram o serviço de urgência, assim como a fisiologia e patologia das alterações mais frequentes para se estabelecer uma prioridade mais adequada⁽¹⁹⁾.

Na Suécia, identificou-se que, se o enfermeiro tem menos conhecimento em uma área específica, pode estabelecer uma prioridade não condizente com o problema de saúde do usuário⁽²⁰⁾.

Além disso, algumas publicações^(11,17) ressaltam a importância da habilidade do profissional em associar o conhecimento teórico com a avaliação do paciente. Para isso, é necessário se ter uma educação

clínica e suporte ao enfermeiro, a fim de qualificar a classificação de risco⁽²⁴⁾. Na região da Australásia, a maioria dos serviços de urgência exige que os enfermeiros tenham um treinamento de 12 a 18 meses antes de trabalhar com a triagem⁽¹⁶⁾. A preparação específica para a triagem aumenta a consistência das decisões dos enfermeiros para a priorização, indicando que o conhecimento teórico é importante para a tomada de decisão^(21,25).

Por outro lado, o conhecimento da organização e funcionamento do serviço é também essencial para o enfermeiro que trabalha na avaliação e classificação do risco. O profissional deve conhecer amplamente a área física do serviço, assim como os recursos humanos e materiais, a fim de dimensionar o fluxo de usuários e espaço disponível, regulando o tempo de espera para o atendimento⁽¹⁹⁾. Em uma revisão integrativa sobre a organização de serviços de urgência hospitalar, identificou-se que o processo de classificação de risco envolve organização da área física, recursos materiais e, principalmente, de pessoal competente e suficientemente capacitado⁽²⁹⁾.

Estudos discutem a importância da experiência dos enfermeiros para a definição da classificação de risco, pois as decisões para a priorização podem ser simples ou complexas e dependem da experiência do profissional^(11,17). Em Taiwan, um estudo identificou que a quantidade de anos de experiência em serviços de urgência é um dos fatores que afetam significativamente na acurácia dos enfermeiros na classificação de risco⁽²⁵⁾. Da mesma forma, enfermeiros de Hong Kong relataram que experiências expressivas prévias os tornaram mais alertas durante o processo de tomada de decisão⁽¹⁸⁾. Os enfermeiros experientes transmitem segurança para a equipe de classificação de risco, já que os profissionais menos experientes os procuram para auxílio e suporte quando têm dúvidas⁽²⁰⁾.

No entanto, autores referem que existem outros fatores determinantes envolvidos e apenas a experiência clínica não pode ser responsável pelas decisões dos enfermeiros que desenvolvem essa atividade⁽³⁰⁾. Um dos artigos não encontrou relação significativa entre a experiência do profissional e a tomada de decisão na triagem/classificação de risco⁽²¹⁾.

A intuição é outra habilidade que é utilizada em algumas situações para se estabelecer a prioridade quando não há sinais facilmente identificados⁽¹⁸⁾, já que a avaliação intuitiva é uma impressão imedia-

ta subjetiva, que é centrada em manifestações que indicam um elevado nível de estresse⁽¹²⁾. Ainda, são utilizadas para a triagem/classificação de risco a racionalidade, a confiança e a coragem, principalmente quando se trata da tomada de decisão do enfermeiro para a priorização do atendimento⁽²⁰⁾.

Nesse sentido, o enfermeiro que realiza essa atividade é muitas vezes o primeiro profissional de saúde que famílias e pacientes vêem quando chegam ao serviço. Portanto, é necessário que ele tenha excelentes habilidades de comunicação para ajudar essas pessoas em um momento tão vulnerável⁽¹²⁾ e até para orientar o indivíduo e sua família sobre o tipo de atendimento necessário e o tempo de espera provável^(14, 19).

Ainda, esse profissional deve estar disposto à conversa e ao diálogo, permitindo entender as necessidades de saúde apresentadas pelo usuário, buscando a solução do problema e criando a possibilidade do fortalecimento da rede de atenção, à medida que referencia para outros serviços de saúde mais apropriados para cada situação apresentada. Além disso, na visão dos enfermeiros, na classificação de risco o profissional está acolhendo o usuário, ouvindo suas queixas e dando respostas a seus questionamentos^(14,31). Com isso, o enfermeiro estabelece uma relação empática com o indivíduo, minimizando muitas vezes os sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência que possam surgir no decorrer do atendimento no serviço^(12,18).

Na categoria temática vantagens/desvantagens da realização da triagem/classificação de risco, foram encontrados três artigos, sendo dois com nível de evidência 6⁽²⁷⁻²⁸⁾ e um com nível de evidência 7⁽²⁶⁾.

Os enfermeiros consideram o trabalho interessante e estimulante e relatam liberdade e autonomia para tomar iniciativas e decisões⁽²⁸⁾. Em estudo sobre a opinião dos enfermeiros em relação a essa atividade, identificou-se que 88% desses profissionais relataram estar satisfeitos com seu trabalho na triagem/classificação de risco⁽²⁸⁾.

No entanto, os profissionais indicam como desvantagem o estresse enfrentado quando o estado de saúde do usuário se modifica durante um longo período de espera. Assim, sentimentos de insegurança e frustração podem tornar a tomada de decisão estressante para o profissional⁽¹⁸⁾. Outra causa do estresse dos enfermeiros de triagem é a violência⁽²⁶⁻²⁷⁾. Esses profissionais podem sofrer violência tanto verbal quanto física dos usuários e

familiares, como podem ser capazes de atos hostis e negativos em relação a usuários e colegas⁽²⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos analisados nesta revisão permitiram identificar e avaliar as evidências disponíveis na literatura, entre o período de 2000 a 2010, relacionadas às atividades do enfermeiro na triagem/classificação de risco dos serviços de urgência. Apesar da escassa produção de evidências fortes nessa área de conhecimento, os resultados mostram os deferentes enfoques de abordagem da temática e as lacunas no estado da arte.

Em relação às atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na triagem/classificação de risco, os estudos destacaram a avaliação do usuário e tomada de decisão, determinando a classificação e priorização do atendimento no serviço de urgência de acordo com a gravidade. O enfermeiro possui conhecimentos e habilidades específicos para definição da prioridade de atendimento, que correspondem desde o conhecimento administrativo e clínico e olhar usuário, até as habilidades de intuição e comunicação. Assim, o enfermeiro administra o fluxo de oferta e demanda dos usuários nos serviços de urgência do serviço, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade.

Algumas dificuldades para a execução dessa atividade, foram associadas ao sentimento de insegurança, relativo às mudanças do estado clínico do usuário que aguarda atendimento e às tensões provenientes de atos hostis de usuários, quando não há concordância em relação à classificação efetuada pelo enfermeiro.

Constatou-se que a grande maioria dos artigos relacionados à questão norteadora deste estudo é internacional, principalmente da Austrália. No Brasil, as pesquisas sobre o enfermeiro na classificação de risco são ainda incipientes. Assim, indica-se a realização de novos estudos no cenário nacional, no sentido de se avançar o conhecimento sobre a atuação do enfermeiro na atenção às urgências e nos sistemas de avaliação e classificação de risco.

REFERÊNCIAS

- 1 Jiménes JG. Clasificación de pacientes em los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emerg. 2003;15:165-74.

- 2 Diogo CS. Impacto da relação cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS [dissertação]. Lisboa: Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa; 2007.
- 3 Duro CLM, Lima MADS. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. Online Braz J Nurs. [Internet]. 2010 [citado 2011 fev 6]; 9(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3132/718>.
- 4 Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Acolhimento com Classificação de Risco: um paradigma estético no fazer saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004 [citado 2010 set 12]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05_0050_FL.pdf
- 5 Whittemore R, Knafl K. The Integrative Review: updates methodology. J Adv Nurs. 2005; 52(5): 546-53.
- 6 Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.p.3-24
- 7 Considine J, Ung L, Thomas S. Triage nurses' decisions using the National Triage Scale for Australian emergency departments. Accid Emerg Nurs. 2000;8(4):201-9.
- 8 Gerdtz M, Bucknall T. Australian triage nurses' decision-making and scope of practice. Aust J Adv Nurs. 2000;18(1): 24-33.
- 9 Fry M. Expanding the triage nurse's role in the emergency department: How will this influence practice? Austr Emerg Nurs J. 2002;5(1):32-6.
- 10 Pinto IC, Rodolpho F, Oliveira MM. Pronto atendimento: a percepção da equipe de enfermagem quanto ao seu trabalho no setor de recepção. Rev Gaúcha Enferm. 2004; 25(1): 81-8.
- 11 Fry M, Stainton C. An educational framework for triage nursing based on gatekeeping, timekeeping and decision-making processes. Accid Emerg Nurs. 2005;13(4): 214-9.
- 12 Edwards B, Sines D. Passing the audition – the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage. J Clin Nurs. 2008;17(18): 2444-51.
- 13 Goransson KE, Ehnfors M, Fonteyn ME, Ehrenberg A. Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. J Adv Nurs. 2008;61(2):163-72.
- 14 Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. Reme: Rev Mineira Enferm. 2008; 12(4): 581-6.
- 15 Curtis K, Murphy M, Hoy S, Lewis MJ. The emergency nursing assessment process – A structured framework for systematic approach. Australas Emerg Nurs J. 2009;12(4): 130-6.
- 16 Kelly AM, Richardson D. Training for the role of triage in Australasia. Emerg Med. 2001; 13(2): 230-2.
- 17 Fry M, Burr G. Review of the triage literature: Past, present, future? Austr Emerg Nurs J. 2002;5(2):33-8.
- 18 Chung JYM. An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. Accid Emerg Nurs. 2005;13(4): 206-13.
- 19 Murillo JM. Rol del enfermero en el área de triage. Av Enferm. 2005; 23(1): 82-9.
- 20 Andersson AK, Omberg M, Svedlund M. Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. Nurs Crit Care. 2006; 11(3): 136-45.
- 21 Considine J, Botti M, Thomas S. Do knowledge and experience have specific roles in triage decision-making? Acad Emerg Med. 2007; 14(8): 722-6.
- 22 Dong SL, Bullard MJ, Meurer DP, Blitz S, Holroyd BR, Rowe BH. The effect of training on nurse agreement using an electronic triage system. CJEM. 2007;9(4):260-6.
- 23 Gerdtz M, Bucknall T. Influence of task properties and subjectivity on consistency of triage: a simulation study. J Adv Nurs. 2007; 58(2): 180-90.
- 24 Pardey TGM. Emergency Triage. Australas Emerg Nurs J. 2007;10(2):43-5.
- 25 Chen SS, Chen JC, Ng CJ, Chen PL, Lee PH, Chang WY. Factors that influence the accuracy of triage nurses' judgement in emergency departments. Emerg Med J. 2010; 27(6): 451-5.
- 26 Jones J, Lyneham J. Violence: Part of the job for Australian nurses? Austr Emerg Nurs J. 2001; 4(1): 10-4.

- 27 Adeb-Saeedi J. Stress amongst emergency nurses. Austr Emerg Nurs J. 2002;5(2):19-24. 08]; 12(4): 736-45. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a20.htm>
- 28 Forsgren S, Forsman B, Carlström ED. Working with Manchester triage – Job satisfaction in nursing. Int Emerg Nurs. 2009; 17(4): 226-32.
- 29 Azevedo ALCS, Pereira AP, Lemos C, Coelho MF, Chaves LDP. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2010 [citado 2011 jun 30] Göransson KE, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. Emergency department triage: Is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions? Accid Emerg Nurs . 2006; 14: 83–88.
- 31 Shiroma LMB, Pires, DEP. Classificação de risco em emergência: um desafio para as/os enfermeiras/os. Enferm Foco. 2011; 2(1): 14-17.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Maria Alice Dias da Silva Lima
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul
Rua São Manoel, 963, Rio Branco
90620-110, Porto Alegre, RS
E-mail: malice@enf.ufrgs.br

Recebido em: 09.01.2012
Aprovado em: 28.08.2012