REVISTA SAÚDE DOS VALES

ISSN: 2674-8584 V1 – N1– 2023

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO REALIZADA PELO ENFERMEIRO

RISK CLASSIFICATION CARRIED OUT BY THE NURSE

Josè Carlos Gomes Pinheiro Junior
Enfermagem, Centro Universitário do Sudoeste Goiano (UniBRAS).
Email: josecarlosjunior040@gmail.com

Iara Maria Pires Perez
Professora do curso de Enfermagem e Orientadora desta pesquisa
Email: iaraperez@gmail.com

Recebimento 11/02/2023 Aceite 06/05/2023

RESUMO
A classificação de risco é realizada pelo enfermeiro ou outro profissional de saúde habilitado com finalidade de priorizar os casos de mais urgência pois assim recebem socorro imediato, enquanto aquelas em melhores condições de saúde esperam por um período maior. Foi adotada a revisão bibliográfica e o levantamento da produção científica acerca do tema proposto foi realizado através de banco de dados disponíveis eletronicamente em sites como: Scientific Library Online (Scielo), Literatura Latino-americana e do Caribe (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Serão utilizadas palavras chaves como: Enfermeiro; Classificação; Triagem. Onde se tem como objetivos deste trabalho descrever como promover melhor atendimento ao paciente e agilidade de atendimento quanto a classificação de cada um. O enfermeiro com base em um protocolo preestabelecido, classifica o usuário utilizando um sistema de cores discriminado em níveis de 5 cores, onde o vermelho significa (emergência), laranja (muita urgência), amarelo (urgência), verde (menor urgência) e azul (não urgência). O enfermeiro é o profissional indicado para realizar a classificação de risco, ele é capacitado para promover a escuta ativa da queixa dos usuários, proceder a avaliação do conteúdo obtido e classificar o atendimento. O enfermeiro deverá possuir habilidades como raciocínio clínico, agilidade, capacidade para realizar os encaminhamentos necessários e efetividade na continuidade do cuidado prestado, para garantir uma boa assistência prestada

Palavras - Chave: Enfermeiro; Classificação; Triagem.

ABSTRACT
The risk classification is carried out by the nurse or other qualified health professional in order to prioritize the most urgent cases, as they receive immediate help, while those in better health conditions wait for a longer period. A bibliographical review was adopted and a survey of the scientific production on the proposed theme was carried out through a database available electronically on sites such as: Scientific Library Online (Scielo), Latin American and

Caribbean Literature (LILACS) and Virtual Health Library (BVS). Key words will be used such as: Nurse; Classification; Screening. Where the objectives of this work are to describe how to promote better patient care and service agility regarding the classification of each one. The nurse, based on a pre-established protocol, classifies the user using a color system broken down into levels of 5 colors, where red means (emergency), orange (very urgent), yellow (urgent), green (less urgent) and blue (not urgent). The nurse is the professional indicated to carry out the risk classification, he is qualified to promote active listening to the users' complaints, proceed with the evaluation of the obtained content and classify the service. The nurse must have skills such as clinical reasoning, agility, ability to carry out the necessary referrals and effectiveness in the continuity of care provided, to ensure good care is provided.

Keywords: Nurse; Classification; Screening.

1. INTRODUÇÃO

A classificação de risco é realizada pelo enfermeiro ou outro profissional de saúde habilitado com finalidade de priorizar os casos de mais urgencia pois assim recebem socorro imediato, enquanto aquelas em melhores condições de saúde esperam por umperíodo maior.

É utilizada no acolhimento hospitalar para se fazer uma avaliaçãoinicial do paciente e determinar a necessidade de um atendimento mais urgente. Esse método permite saber a gravidade do estado de saúde dos pacientes, seu potencial de risco, o grau de sofrimento, entre outras informações.

Essa triagem é uma adaptação do método utilizado pelos militares americanos nas guerras do século XX. Dessa forma, as pessoas que estão em estados mais críticos e dependem de um atendimento para que não haja um agravamento de sua saúde podemser acolhidas primeiro.

No Brasil, a classificação mais comum é o Protocolo de Manchester, que utiliza cinco cores para identificar o grau de cada paciente. Geralmente, elas são: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. A cor vermelha representa os casos mais graves, e a azul, os maisleves.

1.1 OBJETIVOS

Foi adotada a revisão bibliográfica e o levantamento da produção científica acerca do tema proposto foi realizado através de banco de dados disponíveis eletronicamente em sites como: Scientific Library Online (Scielo), Literatura Latino-americana e do Caribe (LILACS) e

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Serão utilizadas palavras chaves como: Enfermeiro; Classificação; Triagem.

A seleção buscou artigos e revistas disponibilizadas gratuitamente que apresentam datas respectivas aos anos de 2012 a 2022, porém alguns trabalhos publicados antes desse período serão considerados se tratar do tema citado.

Onde se tem como objetivos deste trabalho descrever como promover melhor atendimento ao paciente e agilidade de atendimento quanto a classificação de cada um. Além de disseminar informação quanto a classificação de risco; cores de classificação e determinar a importância da triagem.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Com a finalidade de gerenciar o acesso e fluxo de pacientes para priorização de atendimento nos serviços de saúde, o serviço de urgência e emergência passou adotar a Classificação de Risco (CR) como um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento para um atendimento de qualidade e com resolutividade em ampla escala, fazendo com que todos os pacientes sejam atendidos de forma satisfatória e em tempo hábil (SOUZA, 2014).

A triagem nos serviços de Urgência e Emergência que classifica o risco de morte ao paciente, associado ao estado físico em que ele busca os serviços de saúde, existe no Brasil desde o ano de 2002 mas em 2004 houve um acrescimento no seu desenvolvimento voltado para a humanização para melhor atender a população que busca os serviços de saúde incluindo os de urgência e emergência sendo assim a ser o acolhimento com classificação de risco, com ênfase na escuta adequada, criação de vínculos, garantindo um atendimento com resolutividade e priorizando os casos mais graves (INOUE, 2015; PAIXÃO, 2015).

O serviço de urgência e emergência, inicialmente foi organizado tendo por objetivo de atender casos graves, de forma rápida e eficaz, prestando assistência em situações de emergência para usuários portadores de agravos agudos e casos agudizados de doença crônica, de traumas e doenças transmissíveis. Contudo, a disponibilização do atendimento imediato à população, com vistas à recuperação da saúde e à reversão de agravos crônicos, tem levado nas

últimas décadas, ao aumento da demanda de pacientes, ocasionando superlotação nesses serviços (GANLEY, GLOSTER; 2017).

Seguindo a CR, a assistência à pacientes em situações com risco iminente de morte não pode ser postergada e deve-se realizar o atendimento a esses pacientes de forma imediata, pois são situações que requerem emergência em atendimento médico. Pacientes que necessitam de atendimentos assistenciais à saúde que sejam menos graves, que não têm risco de morte iminente, mas que podem evoluir com complicações mais graves são atendendo em prazo de até uma hora, pois são classificados como situações de urgência. E pacientes classificados como pouco urgente e que precisam ser atendidos no mesmo dia podem ter o atendimento realizado no prazo máximo de duas horas tendo avaliação médica de hora em hora até que seu quadro clínico esteja estável. E casos clínicos de menor complexidade classificados como não urgentes podem aguardar o atendimento com prazo de até três horas ou serem encaminhados para atendimento em unidade ambulatorial convencional (OLIVEIRA, 2016).

Na explicação para o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), o Ministério da Saúde determina que esse instrumento constitua uma diretriz operacional que uni as ações de acolhimento com as de classificação de risco do usuário. Isso significa que, no ACCR, o usuário que entra no Serviço Hospitalar de Emergência (SHE) é acolhido, ouvido, guiado à consulta de enfermagem, classificado de acordo com o grau de risco de seu agravo e atendido pelo médico segundo a urgência do caso (OLIVEIRA, 2016).

De acordo com Ministério da Saúde, humanização é compreendida como valorização do ser humano independente do meio sociocultural, econômico, religioso, psicológico e físico, tendo a inclusão desse indivíduo no processo de atendimento nos serviços de saúde de maneira que o mesmo se sinta acolhido de forma geral e tenha seu atendimento com resolutividade (BRASIL, 2014).

No Serviço Hospitalar de Emergência o aumento da demanda de pacientes que buscam por atendimento atinge diretamente a qualidade dos serviços oferecidos porque as abordagens dos profissionais se tornam focalizadas segundo a ordem de chegada do cliente e não de acordo com o seu grau de necessidade. Fatos como esse, revelam a necessidade de analisar questões que surgem a respeito do acesso pelos usuários a esses serviços (BELLUCCI, MATSUDA; 2015).

Assim, destaca-se que o acolhimento se trata de uma ação que possa ser desempenhada

por qualquer profissional da área de saúde treinada para este fim. Contudo, a CR em específico, é responsabilidade do enfermeiro, que deve realizá-la através de consulta de enfermagem. O enfermeiro com base em um protocolo preestabelecido, classifica o usuário utilizando um sistema de cores discriminado em níveis de 5 cores, onde o vermelho significa (emergência), laranja (muita urgência), amarelo (urgência), verde (menor urgência) e azul (não urgência) (BELLUCCI, MATSUDA; 2015).

O enfermeiro interpreta os sinais que o paciente demonstra de forma ampla comtemplando os aspectos psicológicos, interpessoais, comunicativo se físico com cautela para que nenhuma informação passe despercebida, para verificar a credibilidade da informação clínica. 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 para um diagnóstico preciso (ACOSTA, 2012).

Dessa forma, devido ao processo de tomada de decisão na CR acontecer em um cenário complexo e dinâmico, exige que decisões sejam aplicadas em um curto período de tempo, com informações limitadas, o que torna de fundamental importância da educação continuada para que o enfermeiro seja dotado de conhecimentos específicos para agir de forma eficaz diante de cada paciente que venha a procure os serviços de saúde, além de experiência no atendimento a pacientes com diversas patologias, de modo a proporcionar uma prática segura e eficaz ao usuário (OLIVEIRA, 2016).

2.1 O PROTOCOLO DE MANCHESTER COMO CLASSIFICADOR DE RISCO

A assistência às urgências é realizada em unidades denominadas Pronto Socorro ou Pronto Atendimento, que tem sua estrutura voltada para receber e realizar o primeiro atendimento aos usuários que apresentam quadro de urgências e emergências, como também aqueles que não resolveram suas queixas na atenção primária (PRUDÊNCIO et. al, 2016).

Diariamente as unidades de PA realizam um grande número de atendimentos tanto de usuários que apresentam caráter de urgência, que sofrem risco de morte, como também aqueles que por facilidade de acesso ao atendimento médico procuram a unidade, não passando pelos serviços de atenção básica e especializada onde atenderia suas necessidades, gerando assim,

uma sobrecarga nos serviços de urgência e na assistência ali prestada (DINIZ, 2014).

Os serviços de urgência e emergência tem a característica de atender os usuários em situações agudas, que podem ocorrer risco de morte, gerando um sofrimento intenso. Sendo assim, o MS instituiu a prática de um atendimento humanizado por parte de toda a equipe multiprofissional através da PNH, que fortalece o trabalho da equipe aumentando a produtividade e fornecendo um atendimento especializado e de forma humanizada e fundamentada através de protocolos. Para isso, os profissionais envolvidos passam por uma qualificação para que possam ouvir as queixas dos usuários, garantindo uma melhor assistência e maior resolutividade dos problemas encontrados (MOURA, WATANABE, SANTOS; 2014).

Os sistemas de classificação surgiram através da separação dos feridos que precisavam de um atendimento imediato nas Guerras Napoleônicas que eram realizadas pelo exército francês recebendo o nome de Triage, em francês. Posteriormente, a partir dos anos 80, na Austrália iniciou-se a utilização de um sistema de triagem nos setores de saúde local e atualmente é aplicado em todos os países de primeiro mundo. No Brasil o termo triagem não é muito utilizado, pois está vinculado às atividades médicas, sendo substituído pelo termo CR, pois quem realiza essa função é o Enfermeiro capacitado, sendo o profissional responsável pela classificação dos usuários (CAVALCANTE, et. al, 2015).

Existem vários sistemas para se realizar a CR pelo mundo, segundo Camara et. al (2015) os quatro sistemas de triagem mais utilizados são Emergency Severity Index (ESI), Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) e o Sistema de Triagem de Manchester (STM). O Primeiro é utilizado nos Estados Unidos e apresenta cinco níveis de prioridade não determinando o tempo para o atendimento. O Segundo é utilizado na Austrália, apresenta cinco níveis de prioridade baseadas em tempo alvo e cor. O terceiro é amplamente utilizado em todo o país do Canadá, apresentando cinco níveis correspondentes a uma cor e o tempo alvo.

O quarto é utilizado no Reino Unido e a partir de 2008 no Brasil, possuindo cinco níveis e cada categoria é caracterizada por um número, cor e tempo estipulado para o atendimento do usuário. Uma das ferramentas utilizadas para um acolhimento humanizado nas unidades de PA gerada através da PNH é a CR que utiliza protocolos fundamentados e que possibilitam o atendimento organizado não pela ordem de chegada, mas sim pelo risco segundo sua prioridade e estado clínico do paciente, diminuindo o tempo de espera dos usuários que apresentam

potencial risco de agravo à saúde. Essa classificação reorganizou o atendimento e é realizada por Enfermeiros através da escuta das queixas e avaliação clínica dos sinais e sintomas (BOHN et. al, 2015).

Segundo Diniz (2014) o Protocolo de Manchester tem origem Inglesa e foi elaborado por médicos e enfermeiros que atuam nos serviços de urgência e emergência. Ele possui cinco níveis de risco estabelecidos por cores, além da Branca que caracterizam os pacientes que apresentam situações incompatíveis com o serviço de urgência. Este protocolo possui cinquenta e dois fluxogramas, que contém discriminadores que irão orientar a coleta de dados e análise para uma correta classificação da prioridade do cliente. Todos os discriminadores são definidos para compreensão e aplicação a fim de garantir a uniformidade e os fluxogramas são baseados em sinais e sintomas. Cabe ressaltar que a classificação não irá estabelecer diagnóstico médico e sim o grau de prioridade para o atendimento (JUNIOR et. al,2015).

O processo de classificação é iniciado pela queixa principal e irá direcionar para um fluxograma específico, onde, através dos discriminadores, sucessivas perguntas são realizadas aos pacientes, obtendo assim a prioridade e o tempo para atendimento. Discriminadores são sinais e sintomas que podem ser gerais e específicos. Os gerais são aplicados á todos os usuários que buscam atendimento, independente de suas condições, enquanto que os específicos são utilizados para casos individuais, com características e condições particulares. Dos cinquenta e dois fluxogramas, sete são específicos para crianças e dois para catástrofes. Em 2006 houve uma modificação, que passaram de cento e oitenta e seis para cento e noventa e cinco (COUTINHO et.al, 2016).

O enfermeiro é o profissional indicado para realizar a classificação de risco, ele é capacitado para promover a escuta ativa da queixa dos usuários, proceder a avaliação do conteúdo obtido e classificar o atendimento. Este processo é direcionado por um protocolo direcionador, ou seja, o Protocolo de Manchester. O enfermeiro deverá possuir habilidades como raciocínio clínico, agilidade, capacidade para realizar os encaminhamentos necessários e efetividade na continuidade do cuidado prestado, para garantir uma boa assistência prestada (SILVA et. al, 2012).

Atualmente o Protocolo de Manchester é um dos mais respeitados entre os protocolos na organização e fluxo de pessoas, visto que modificou o acolhimento dos pacientes, organizando os atendimentos e priorizando os casos mais graves que chegam às urgências

(BRASIL, 2017).

2.2 DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA REALIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Identificou-se que é necessário ampliar a capacitação dos enfermeiros para a realização da CR e aplicabilidade/avaliação dos protocolos para melhorar a especificidade do mesmo, uma vez que, quanto maior a qualificação profissional e maior número de horas praticadas na classificação de risco, melhores serão os resultados na priorização do atendimento prestados aos usuários dos serviços de saúde de urgência e emergência (SILVA, 2014).

Houve limitações em estudos que estavam associadas a utilização de protocolo desenvolvidos localmente quanto à realização em centro único o que limitou a comparação com outros estudos, além disso, dificultou a generalização dos resultados para outras populações e regiões do país. Os resultados, porém, demonstram a importância da avaliação dos protocolos institucionais pelos profissionais habilitados que ainda não foram validados, além de poder ser um modelo a ser replicado (BECKER, 2015).

Neste sentido, destaca-se quanto às desvantagens percebidas pelos enfermeiros no Acolhimento com Avaliação e CR, que a sobrecarga de trabalho ainda é vista como um fator negativo na implementação de novas práticas em saúde, devido a enfermagem ser sobrecarregada, porém, o enfermeiro tem grande importância no atendimento de urgência e emergência (FARIAS, 2016).

Os fatores que a interferem assistência de enfermagem na CR são as tomadas de decisões corretas para identificar e diferenciar os pacientes que precisam de atendimento médico de urgência daqueles que podem aguardar, sendo um importante influenciador nos Serviços de Urgência e Emergência. Sendo assim, o enfermeiro precisa estar capacitado para classificar e se necessário reclassificar a prioridade dos atendimentos dos pacientes enquanto aguardam o atendimento (NOVAES, 2016).

Alguns fatores constituem-se em desafios, a exemplo do déficit em relação aos recursos materiais. O prontuário eletrônico na unidade necessita do uso de computadores, mas esses equipamentos constantemente apresentam defeitos, favorecendo a superlotação da unidade. Em relação à verificação dos sinais vitais, especificamente a pressão arterial, também

houve dificuldades, devido ao número de esfigmomanômetros serem insuficientes para a demanda de pacientes (PRUDÊNCIO, 2016).

Com propósito de amenizar as dificuldades do serviço de urgência, é de fundamental relevância conhecer a opinião e as expectativas das pessoas que recebem atendimento no serviço de acolhimento, uma vez que, isso seja um elemento importante na avaliação dos serviços de saúde. Destaca-se, que o fato de cada enfermeiro avaliar e classificar de um jeito, constitui um fator negativo da CR merecendo cautela na sua interpretação e isso reforça que um importante componente do sistema de classificação é a avaliação da dor, elemento este que compreende aspectos subjetivos e complexos que envolvem tanto o paciente como o profissional. A avaliação apurada da dor pelo enfermeiro na CR fundamental para que o nível de prioridade do atendimento do paciente seja definido corretamente (HERMIDA, 2017).

Foi evidenciado o desconhecimento do significado da avaliação na CR para priorização dos atendimentos à saúde por parte da população, bem como se percebeu o conformismo da maioria frente aos problemas funcionais que merecem adequação. Foi possível verificar ainda a existência a discordância sobre a CR com o que é preconizado pela Política Nacional de Humanização, visto que o profissional mais indicado para este atendimento é o enfermeiro e não o técnico de enfermagem (MORENO, 2018).

É de grande importância investigar e compreender os motivos que levam os usuários dos serviços de urgências e emergências hospitalares a ficarem descontentes e insatisfeitos com a realização da CR na triagem, por que pode haver alguma contraposição entre o que foi estabelecido na triagem pelo enfermeiro, o qual tem um conhecimento clínico baseado cientificamente, e o que o paciente e seus familiares acreditam que o paciente esteja classificado devido aos sintomas que o mesmo esteja manifestando (OLIVEIRA, 2017).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A classificação de risco deve ser uma ferramenta para melhor organizar o fluxo de pacientes que buscam o acesso de urgência/emergência, resultando em atendimento resolutivo e humanizado. É também um meio de humanizar o acolhimento nos prontos-socorros, pois diminui o tempo de espera, diminui as filas de espera e melhora a qualidade do ambiente de trabalho dos profissionais. A classificação de risco e a priorização da assistência não podem ser feitas concomitantemente com outras atividades da enfermagem.

Deste modo a determinação, expressa na Resolução Cofen 661/2021, busca garantir a segurança dos pacientes. A resolução já em vigor também estabelece que, para realizar a classificação, os enfermeiros realizem treinamento específico nos protocolos adotados pela instituição. Nos hospitais e nas urgências, a triagem de risco dos enfermeiros destina-se a organizar os cuidados, dando a devida prioridade aos casos mais urgentes.

Conclui-se assim que com a implementação do acolhimento de risco não atende os usuários por ordem de prioridade, mas atende os usuários por ordem de prioridade, o que não significa que todos os problemas de demanda serão resolvidos, mas tende a organizar melhor o processo de trabalho oferecendo humanização no atendimento e rompendo as barreiras que dificultam o acesso aos usuários.

REFERENCIAS

ACOSTA, A, M. Atividades do enfermeiro nos sistemas detriagem/classificação de risco nos serviços de urgência: Revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2012; 4(33):181-90.

BECKER, J. B. Triagem no Serviço de Emergência: associação entreas suas categorias e os desfechos do paciente. **RevEscEnferm USP**. 2015; 49(5):783-789.

BELLUCCI, J. J, MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco em serviçohospitalar de emergência: Avaliação da equipe de enfermagem. **RevistaMineira de Enfermagem.** 2015; 3(16):419-28.

BRASIL. Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

COUTINHO, A.A.P.; OLIVEIRA CECÍLIO, L.C.; MOTA, J.A.C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v.22, n.2, 2016.

DINIZ, A. S. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo protocolo de Manchester. **Rev Enferm Centro Oeste Mineiro**. 2014; 3(1):507-517

FARIAS, J. C. Acolhimento com avaliação e classificação de risco comoferramenta de gestão: percepção dos enfermeiros**. Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde.** 2016; 22(1):40-47.

GANLEY L, GLOSTER AS. Uma visão geral da triagem no departamento de emergência. **Nurs Stand**. 2017; 26(12):49-56.

HERMIDA, P. M. V. Classificação de risco em unidade de pronto atendimento: discursos dos enfermeiros. Revenferm UERJ. 2017; 25:e19649.

INOUE, K. C. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado.**Revista Mineira de Enfermagem**,2015; 19(1): 13-28

JÚNIOR, J. A; MATSUDA, L. M. Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. **Ciênc Cuid Saúde**. 2015; 11(2):396-401.

MORENO, E. C. S. G. Acolhimento com Classificação de Risco em um Hospital da Rede Pública: Percepção dos Usuários. **Revista Saúde e Pesquisa**. 2018; 11(1):89-97.

MOURA, M. A. A; WATANABE, E. M. M; SANTOS, A. T. R. O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência. São Paulo: **Revista Recien.** 2014; 4(11):10-17.

NOVAES, G. P. M. Protocolos de classificação de riscoutilizados nas unidades de pronto atendimento (UPAS) 24 horas: uma questão dehumanização. **Caderno Saúde e Desenvolvimento.** 2016; 9(5):61-84.

OLIVEIRA, J. L. C. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento.**Texto & Contexto-Enfermagem**, 2017; 26.

OLIVEIRA, K. K. D. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de riscopara o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Revista**

Mineira de Enfermagem. 2016; 1(17);148-56.

PAIXÃO, T. C. R. Nursing staff sizing in the emergency room of a university hospital. **Rev Esc Enferm USPI**, 2015 ;49(3):481-7.1

PRUDÊNCIO, C.P.G. Percepção de enfermeira(o)s sobreacolhimento com classificação de riscono serviço de pronto atendimento. **Revista Baiana de Enfermagem**. 2016; 30(2):1-10.

SILVA, M. A; COSTA, A.C. J. Classificação de risco pela enfermeira: uma revisão de literatura. **Rev BaianaEnferm**. 2012; 26(1):409-422

SILVA, M. F. N. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2014; 22(2):218-25.

SOUZA; C, C. Percepção do enfermeiro sobre a realização da classificação do risco no serviço de urgências. **Invest. educ. enferm**. 2014; 32(1): 78-86.