

---

## RELATO DE CASO

---

# *Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade*

Rubia Maria Albino<sup>1</sup>, Suely Grosseman<sup>2</sup>, Viviane Riggenbach<sup>3</sup>

### Resumo

A superlotação dos Serviços de Emergência nos hospitais públicos brasileiros tem trazido preocupação crescente entre médicos, gestores e administradores. A sobredemanda nesses serviços também ocorre em outros países, contudo, na maioria destes, especialmente no primeiro mundo, inúmeras medidas têm sido adotadas para minimizar os riscos para os pacientes que esperam pelo atendimento médico. A triagem estruturada (classificação de risco), talvez seja a mais importante delas, porque permite que pacientes mais graves sejam atendidos primeiro. No Brasil, a prática usual ainda é o atendimento por ordem de chegada dos pacientes, excetuando-se os casos de emergências explícitas. O presente estudo traz uma proposta para implantação de triagem estruturada com classificação de risco nos Serviços de Emergência do Brasil.

**Descritores:** 1. Superlotação;  
2. Triagem;  
3. Nível de Risco.

### Abstract

Overcrowding in the emergency department is being identified as an increasing problem in public hospitals in Brazil and it concerns physicians and administrators. Overcrowding also occur in other countries, although in majority of them, specially in the first world, many measures has been adopted to minimize the risks for the patients that are waiting for medical assistance. The triage (acuity scale) may be the most important, because identifies the patients who need to be seen first and those who can safely wait. In Brazil, the usual is to see the patients in sequence of arrival, in except for the categorical urgencies. The objective of this study is to propose the triage and acuity scale implementation guidelines in the Emergency Department in Brazil.

**Keywords:** 1. Overcrowding;  
2. Triage;  
3. Serological tests.

---

<sup>1</sup>Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis – SC.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>3</sup>Hospital Governador Celso Ramos.

## Introdução

O processo de triagem foi introduzido nos Serviços de Emergência (SE) para tentar minimizar o problema da superlotação, permitindo cuidados imediatos para os pacientes mais urgentes<sup>1</sup>.

Triagem (do francês *trier* = classificar) significa um processo sistemático para determinar quem vai ser visto e tratado primeiro<sup>2</sup>, com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade dos pacientes no SE.

A origem remonta às guerras napoleônicas, quando Baron Dominique Jean Larrey, cirurgião chefe de Bonaparte, priorizou os cuidados de acordo com a gravidade de cada caso, na medida em que os pacientes eram retirados dos campos de batalha e levados ao serviço cirúrgico em grande número<sup>3</sup>.

Os departamentos de Emergência da Australásia foram os primeiros a formalizarem a triagem estruturada<sup>4</sup>. Hoje ela é aplicada em praticamente todas as Emergências de hospitais do primeiro mundo, e são muitas as publicações referentes ao assunto, testando e adaptando as escalas existentes para cada região<sup>5, 6, 7</sup>.

Nos Estados Unidos, desde o início da década de 80, o governo federal exige triagem nos departamentos de emergência para todos os hospitais que desejam ser acreditados pelos programas governamentais<sup>8</sup>. O Ministério da Saúde de algumas províncias canadenses também formalizaram a obrigatoriedade da triagem nas Emergências dos hospitais<sup>9</sup>.

O sistema de triagem estruturada também é capaz de prever quais pacientes necessitarão ficar internados e a quantidade de recursos hospitalares necessários durante a permanência do paciente na Emergência<sup>10</sup>.

O processo de triagem, em todo o mundo, é realizado por enfermeiros, após um treinamento específico. No Canadá, o curso é oferecido aos enfermeiros periodicamente, sob a forma de *workshop* durante todo um dia e, para facilitar o acesso ao treinamento, a partir de 2004, a Associação Hospitalar de Ontário passou a oferecer o curso *on-line*<sup>11</sup>. Na Espanha, inicialmente, o processo de triagem era realizado por médicos e só a partir de 1999, depois de muitas dúvidas e controvérsias, a Sociedade Espanhola de Enfermeiros de Urgência acolheu e propôs ser esta uma atividade própria de enfermeiros<sup>12,13</sup>.

Como o objetivo da triagem é identificar pacientes que necessitam ser vistos primeiro e aqueles que podem esperar por atendimento em segurança, ela é fundamental em qualquer serviço onde haja superlotação.

Segundo Gómez Jiménez<sup>14</sup>, “os serviços de urgências têm na triagem um sistema magnífico para aplicar o princípio bioético de justiça [...] sendo uma necessidade para um sistema sanitário de qualidade”.

Atualmente existem cinco modelos de escalas de triagem estruturada em uso: NTS – *National Triage Scale* (Austrália), CTAS – *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (Canadá), MTS – *Manchester Triage System* (Reino Unido), ESI – *Emergency Severity Index* (Estados Unidos) e MAT – *Model Andorra de Triatje* (Espanha)<sup>15</sup>.

Todos os sistemas de triagem estruturada devem ter uma escala de priorização útil, válida e reprodutível e as evidências científicas atuais apontam para a validade e reprodutibilidade desses sistemas<sup>16, 17, 18</sup>.

O presente estudo traz uma proposta para implantação de triagem estruturada, como processo de organização da assistência, nos Serviços de Emergência do Brasil.

## Recepção, Acolhimento e Classificação (RAC)

No Brasil, a exemplo da Espanha, o uso do termo triagem é pouco aceito, ainda que no resto do mundo esteja consagrado para definir o processo de classificação de risco dos pacientes num SE. Naquele país, justificam que triagem é um termo apropriado apenas para casos de catástrofes<sup>19, 20, 21</sup>.

Em Florianópolis (Santa Catarina, Brasil), temos observado, ao longo de muitos anos atuando em SE, que o termo triagem se confunde com o ato de “mandar o paciente embora, sem atendimento”. Provavelmente isso se explique em função de, nos momentos de greves de servidores, ter ocorrido um processo de seleção de pacientes que seriam atendidos e os que seriam derivados para outros serviços que continuavam prestando atendimento, e, a esse processo, ter-se atribuído o nome de triagem.

Dessa forma, para não confundir ou criar resistências, o termo RAC – Recepção, Acolhimento e Classificação de risco – é adotado como sinônimo de triagem.

O processo de RAC deve ser dinâmico, contínuo e deve incluir atividades que tranquilizam o usuário e seus familiares, trazendo-lhes apoio emocional e segurança. As informações claras sobre tempo de espera e zona de destino de cada paciente e a orientação do fluxo, onde o mais grave é priorizado em relação ao menos grave, geram confiança no sistema. O processo de RAC também traz informações úteis e dados estatísticos que

possibilitam políticas dirigidas sobre recursos a serem investidos.

A enfermeira da RAC deve manter contato e controle visual com a área de administração e sala de espera dos pacientes, devendo receber estes e seus familiares com empatia em um ambiente seguro, privado e confidencial; deve ter amplo conhecimento da escala de classificação de risco e ser capaz de fazer uma rápida avaliação clínica; deve acompanhar os pacientes ao local do atendimento e manter os pacientes e familiares informados, bem como reavaliar periodicamente os pacientes da sala de espera<sup>22</sup>.

### Necessidades Estruturais da Sala de RAC

Sala reservada com mesa e cadeiras  
Esfigmomanômetro  
Termômetro  
Glicosímetro  
Eletrocardiógrafo  
Oxímetro de pulso  
Ficha de Classificação Estruturada

### Considerações sobre a Classificação Estruturada

A Classificação Estruturada é um processo contínuo e, para ser eficiente, deve ocorrer entre 10 a 15 minutos desde a chegada do paciente ao SE. Deve ser realizada de forma rápida e fundamentada em um instrumento de classificação previamente elaborado em conjunto por médicos e enfermeiros com experiência em SE.

Nas situações difíceis de classificar, deve sempre prevalecer o nível maior de classificação<sup>20</sup> e, nos casos necessários, o médico plantonista deve ser consultado sobre o nível mais adequado. Existem algumas situações especiais onde a prioridade clínica cede espaço para a prioridade relativa, por exemplo: idosos desorientados, pacientes agressivos e crises histéricas<sup>21</sup>.

### Níveis de Risco

A Classificação Estruturada mais utilizada atualmente no mundo é a que classifica os pacientes em cinco níveis, como segue<sup>22</sup>:

Nível	Categoria	Tempo Máximo*	Cor
I	Ressuscitação	0 minutos	Vermelho
II	Emergência	10 minutos	Laranja
III	Urgência	60 minutos	Amarelo
IV	Semi-urgente	120 minutos	Verde
V	Não Urgente	240 minutos	Azul

\* Tempo máximo aceitável na espera pela consulta médica

### Fluxo dos Pacientes

O funcionário administrativo preenche o boletim de atendimento e anexa a este a ficha de RAC, colocando-os num distribuidor próprio para esse fim. A enfermeira retira ambos do distribuidor e leva o paciente para proceder a entrevista/classificação de risco no consultório reservado para esse fim.

Pacientes classificados como nível I e II – imediatamente para a sala de Reanimação Cardiorrespiratória.

Pacientes classificados como nível III – sala de observação, se houver leito disponível; sala de espera se os leitos estiverem todos ocupados.

Pacientes classificados como IV e V – sala de espera, colocando os boletins de atendimento e fichas de RAC em distribuidores separados.

Os pacientes encaminhados para a sala de espera deverão ser reavaliados periodicamente, em tempos que variam de acordo com o nível da classificação inicial: III a cada 30 minutos, IV a cada hora ímpar, V a cada hora par<sup>15</sup>. As trocas de níveis de risco deverão ser registradas na ficha de RAC.

Os pacientes que entrarem pela porta das ambulâncias, normalmente nível I e possivelmente nível II, deverão ser colocados diretamente na sala de Reanimação Cardiorrespiratória, para atendimento imediato. Ainda assim, a ficha de RAC deverá ser preenchida após a assistência, pelo enfermeiro(a) responsável por esse setor, para estudos estatísticos futuros.

Os pacientes atendidos na sala de reanimação cardiorrespiratória deverão ser transferidos para a sala de observação, onde continuarão a ser assistidos, tão logo sejam estabilizados.

Data: \_\_\_\_\_

Hora da classificação: \_\_\_\_\_

Motivo da consulta: \_\_\_\_\_

Alergias: Não ( ) Sim ( )

Estado geral: bom ( ) regular ( ) ruim ( )  
Pressão arterial:  
Pulso:  
Frequência respiratória:  
Temperatura:  
Ecg (se dor precordial): Não ( ) Sim ( )  
Glicemia capilar (se diabético ou coma a esclarecer):  
Não ( ) Sim ( )  
Saturação de oxigênio (se dispnéia): Não ( ) Sim ( )

Classificação do risco:  
Nível i  $\frac{1}{2}$ % nível ii  $\frac{1}{2}$ % nível iii  $\frac{1}{2}$ % nível iv  $\frac{1}{2}$ %  
nível v  $\frac{1}{2}$ %

### Reavaliação do risco

A cada trinta minutos – nível iii \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ horas  
A cada hora ímpar – nível iv \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ horas  
A cada hora par – nível v \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ horas

### Mudança do nível de risco

Do nível \_\_\_\_ para nível \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas.

Enfermeiro classificador: \_\_\_\_\_

### Modelo de Escala de Classificação de Risco

#### Nível I – Vermelho – 0 minutos

Cianose central e periférica intensas  
Palidez extrema  
Respiração ausente, lenta ou superficial  
Sem pulsos periféricos ou pulsos muito débeis  
Bradycardia < 40pbm  
PA imperceptível  
Inconsciente e pouco reativo  
Politraumatizado grave

#### Nível II – Laranja – até 10 minutos

Dispnéia  
Ruídos respiratórios  
Tiragem intercostal  
Estridor  
Taquicardia >120bpm  
Bradycardia <50bpm  
Pulso filiforme  
Confusão mental  
Estupor

Obnubilação  
Agitação psicomotora  
Coma  
Estado convulsivo  
Hemorragia digestiva aguda com instabilidade hemodinâmica  
Dor torácica possivelmente isquêmica  
Traumatismos graves (crânio, membros, tórax, abdome)  
Grande queimado  
Acidentes botrópicos  
Síncope com alteração de sinais vitais  
Epistaxe com sangramento ativo  
Dor nos membros com cianose dos mesmos  
Dor intensa de qualquer origem

#### Nível III – Amarelo – até 60 minutos

Petéquias  
Hemoptise  
Cefaléia súbita  
Parestesias  
Alterações da fala  
Déficit motor  
Fraturas de membros sem sinais de gravidade  
Diabetes descompensado >350mg%  
HAS sintomática S>180 e D>110mmHG  
Hemorragia digestiva alta com estabilidade hemodinâmica  
Síncope sem alterações de sinais vitais  
Intoxicação exógena  
Dor abdominal (não crônica)  
Queimaduras agudas  
Corpo estranho (ouvido, nariz, faringe, olho)

#### Nível IV – Verde – até 120 minutos

Otalgia  
Odontalgia  
Odinofagia  
Cefaléia  
Cervicalgia  
Conjuntivite  
Fraqueza com sinais vitais normais  
Dor torácica inespecífica  
Tosse  
Dor lombar  
Traumas leves  
Dor em membros sem cianose dos mesmos  
Processos gripais  
Dor osteomuscular sem sinais de fratura

Diarréia e vômito sem alteração de sinais vitais  
 Abscessos  
 Ferimentos infectados  
 Celulite  
 Disúria/polaciúria  
 Ansiedade/depressão  
 Tontura com sinais vitais normais  
 HAS não sintomática  
 Neoplasias  
 SIDA  
 Febre  
 Epistaxe sem sangramento ativo

#### Nível V – Azul – até 240 minutos

Atraso menstrual  
 Anorexia  
 Queimadura solar  
 Alergia/dermatite com sinais vitais normais  
 Busca por atestados de saúde ou doença  
 Busca por especialistas (referenciados ou não)  
 Busca por métodos diagnósticos (exames)  
 Busca por receitas de drogas controladas  
 Busca por renovação de receitas  
 Dor crônica com sinais vitais normais

#### Considerações Finais

É inadiável que se estabeleça a prática da classificação de risco estruturada dos pacientes que aguardam por atendimento em nossos SE. Não é mais admissível que mantenhamos o atendimento nesses serviços por ordem de chegada dos pacientes, colocando em risco de morte indivíduos em real situação de urgência, enquanto prestamos assistência a outros que deveriam estar no posto de assistência básica.

Alertamos para dois aspectos importantes que deverão ser abordados com cuidado e responsabilidade, quando da implantação da RAC. O primeiro deles se refere à inevitável resistência por parte dos profissionais que atuam nos SE, como sempre acontece quando se introduzem conceitos novos que exigem mudanças de paradigmas; o segundo e, possivelmente o mais complexo, refere-se à capacitação dos enfermeiros que realizarão a RAC.

#### Referências bibliográficas:

1. Hay E, Bekerman L, Rosemberg G et al. Quality Assurance of Nurse Triage: Consistency of Results

- Over Three Years. *Am J Emerg Med* 2001; 19(2):113-17.
2. Murray MJ. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. *Emerg Med* 2003; 15(1):6-10.
3. Kosowsky JM, Shindel SBA, Liu T et al. Can Emergency Department Triage Nurses Predict Patients' Dispositions? *Am J Emerg Med* 2001; 19(1):10-14.
4. McMahon M. ED Triage: Is a five-level triage system best? *Am J Nurs* 2003; 103(3):61-63.
5. Jelink GA. Toward an International Triage Scale [Editorial]. *Eur J Emerg Med* 2001; 8(1):1-2.
6. Zimmermann PG. The Case for a Universal, Valid, Reliable 5-tier Triage Acuity Scale for US Emergency Department. *J Emerg Nurs* 2001; 27(3):246-54.
7. Travers DA, Waller AE, Bowling JM et al. Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. *J Emerg Nurs* 2002; 28(5):395-400.
8. Murray M, Bullard M and Grafstein E. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. *Can J Emerg Med* 2004; 6(6):421-27.
9. Gilboy N, Travers D and Wuerz R. Re-evaluating triage in the new millenium: A comprehensive look at the need for standardization and quality. *J Emerg Nurs* 1999; 26(6):468-73.
10. Murray MJ. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. *Emerg Med* 2003; 15(1):6-10.
11. Tanabe P, Gimbel R, Yarnold et al. The Emergency Severity Index (version 3) 5-Level Triage System Scores Predict ED Resource Consumption. *J Emerg Nurs* 2004; 30(1):22-29.
12. Attack LRN, McLean D, LeBlanc L et al. Preparing ED Nurses to Use the Canadian Triage and Acuity Scale With Web-based Learning. *J Emerg Nurs* 2004; 30(3):273-74.
13. Parrilla Ruiz FM, Cárdenas Cuz DP, Vargas Ortega DA et al. Triage en urgencias: Facultativo versus Enfermería. *Emergencias* 2003; 15:148-51.
14. Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes de los servicios de urgencia y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15:165-74.
15. Garcia Irimia M, Jaén de Cara A, Daza Varea D, Santana Hernández MC, Garcia Abreu JL, Monzón

- Quintana D. Gestión y Recepción, Acogida y Clasificación (RAC). Enferurg.com [Capturado em 23/08/2006]. Disponível em [www.file://A:\RAC](http://www.file://A:\RAC)
16. Aranguren E., Capel JA, Solano M, Jean Louis C, Larumbe JC and Elejalde JI. Estudio de la validez pronostica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. Anales Sis San Navarra 2005; 28(2):177-188.
  17. Murray MJ. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. Emerg Med 2003; 15:6-10.
  18. Beveridge R, Ducharme J, Janes L, Beaulieu S, Walter S. Reliability of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: interrater agreement. Ann Emerg Med 1999; 34:155-159.
  19. Romero-Nieva Lozano J. De las funciones y tareas propias de los diplomados de enfermería en la recepción, acogida y clasificación de los pacientes en el área de urgencias. Recomendación científica 99/01/01, de 15 de junio de 1999, de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias (SEEUE) [Capturado em 23/08/2006] Disponível em <http://www.saludycuidados.net/>
  20. Recomendación Científica 99/01/01, de 15 de junio de 1999, revisada y adaptada a 15 de noviembre de 2004 da SEEUE. [Capturada em 23/08/2006. Disponible em [file://A:\Recomendaciones Científicas RAC.htm](http://file://A:\Recomendaciones Científicas RAC.htm).
  21. Fundamentos para Enfermería de Urgências y Emergências. Estándares para la práctica de enfermería de urgências y emergências da SEEUE. [Capturada em 29/08/2006] Disponível em <http://www.enfermeriadeurgencias.com/fundamentos/estandares.html>.
  22. Chicano D, Francisco J. La enfermera de recepción, acogida y clasificación. [Capturado em 17/08/2006] Disponível em <http://www.um.es/eglobal/6/06b01.html>.

**Endereço para Correspondência:**

Rubia Maria Albino

Avenida Rubens de Arruda Ramos, 1650/503/ Centro  
Florianópolis – SC.

E-mail [rubialbino@terra.com.br](mailto:rubialbino@terra.com.br)