

Principais sinais e sintomas para a classificação de risco no acolhimento em pronto-socorro

Main signs and symptoms for the classification of risk in the emergency room

Sérgio Luis Alves de Morais Junior¹ • Priscyla Borges Miyamoto² • Elisangela Teixeira Alves Sotelo³
Juliana Aparecida Gonçalves Parreira⁴ • Vanessa Ribeiro Neves⁵ • Maria Cristina Marcucci⁶

RESUMO

Objetivou-se identificar por meio de revisão sistemática da literatura os sinais e sintomas que caracterizam as principais urgências e emergências atendidas em pronto-socorro. Trata-se de uma Pesquisa de Revisão Sistemática da Literatura (RSL) de caráter descritivo e exploratório. Os termos utilizados para a busca, selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Heading Terms (MeSH), foram “relações enfermeiro-paciente”, “medição de risco” e “acolhimento”, além de seus correspondentes no idioma inglês “nurse-patient relations”, “risk assessment” e “user embracement”. O total de referências utilizadas somou 38: 30 artigos encontrados nas bases de dados nacionais e internacionais, dois livros, dois sites específicos sobre a temática classificação de risco e quatro apostilas do Ministério da Saúde que tratam especificamente da CR. Sinais e sintomas são características sentidas, relatadas e/ou demonstradas por uma pessoa, que pode ou não estar sob consulta com um profissional da saúde. Tornam-se subsídios para investigação do problema apresentado e parâmetros para sugerir uma possível solução. O acolhimento com a classificação de risco constitui-se de uma estratégia no atendimento no pronto-socorro, em que é possível seguir critérios e estratégias para a prioridade no atendimento dos casos mais graves. Para tal, é preciso que o enfermeiro responsável por esta triagem esteja apto e capacitado o suficiente para reconhecer os sinais e sintomas do paciente a fim de classificar seu caso de acordo com sua prioridade, possibilitando assim, um atendimento adequado às necessidades dos pacientes que chegam no pronto-socorro.

Palavras-chave: Sinais e Sintomas; Pronto-Socorro; Emergência

ABSTRACT

The aim of this study was to identify, through a systematic review of the literature, the signs and symptoms that characterize the main emergencies and emergencies attended in the emergency room. It is a descriptive and exploratory Systematic Review of Literature (RSL). The terms used for the search, selected from the Health Sciences Descriptors (DeCS) and the Medical Subject Heading Terms (MeSH), were “nurse-patient relations”, “risk measurement” and “host”, in addition to their corresponding in the English language “nurse-patient relations”, “risk assessment” and “user embracement”. The total number of references used was 38: 30 articles found in the national and international databases, two books, two specific websites on the topic of risk classification and four Ministry of Health handbooks dealing specifically with the RC. Signs and symptoms are characteristics that are felt, reported and / or demonstrated by a person, who may or may not be under consultation with a health professional. They become subsidies for investigation of the presented problem and parameters to suggest a possible solution. Reception with risk classification is a strategy in the emergency room, where it is possible to follow criteria and strategies to prioritize the most serious cases. To do this, it is necessary that the nurse responsible for this screening be apt and trained enough to recognize the signs and symptoms of the patient in order to classify their case according to their priority, thus enabling an adequate attendance to the needs of arriving patients in the emergency room.

Keywords: Signals and Symptoms; Emergency Room; Emergency

NOTA

¹Doutor em Biotecnologia. Mestre em Reabilitação. Especialista em Urgência e Emergência, UTI e Saúde Pública. Enfermeiro. Professor na Universidade Nove de Julho (UNINOVE). São Paulo, Brasil. E-mail: sergiovicctor@gmail.com. Autor correspondente.

²Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP. Enfermeira. Professora na Universidade Nove de Julho (UNINOVE). São Paulo, Brasil. E-mail: Priscyla.miyamoto@hotmail.com

³Especialista em dependência química pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora na Universidade Nove de Julho (UNINOVE). São Paulo, Brasil. E-mail: eli.teixeira@uol.com.br

⁴Mestre em Ciências da Saúde pelo Instituto de assistência médica ao servidor público Estadual (IAMSPE). Enfermeira. Docente da Universidade Nove de Julho. São Paulo, Brasil. E-mail: julianarparreira@hotmail.com.

⁵Doutora em Ciências. Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Administração em Serviços de Saúde e Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail vanessa.neves@unifesp.br

⁶Pós-Doutoramento no Centro de Edafologia y Biología Aplicada del Segura, Murcia, Espanha. Doutora em ciências pela Unicamp, modalidade de química biológica. Graduação em Química. Professora titular dos programas de mestrado profissional em farmácia e mestrado e doutorado em biotecnologia e inovação em saúde. E-mail: cristina.marcucci@anhanguera.com



INTRODUÇÃO

No Brasil a primeira experiência concreta de acolhimento humanizado ocorreu no Hospital Mario Gatti, em Campinas, no ano de 2001. Anteriormente, porém, outras instituições utilizaram experiências de outros países, mas não avançaram. Esta proposta foi avaliada e aprovada pelos técnicos do Ministério da Saúde do Brasil, e deu origem à cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) em 2004. Depois da realização da experiência e conseguinte implantação da prática do acolhimento humanizado no Hospital Mario Gatti, os Hospitais Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre, e o Hospital Ernesto Ramalho, de João Pessoa, foram pioneiros na utilização desta ação em suas realidades. Em 2005, no estado de Minas Gerais, com a assessoria do QualiSUS do MS e levando em consideração discussões acadêmicas locais, o Hospital Municipal Odilon Behrens, em Belo Horizonte, implantou o protocolo de AACR, baseando-se na experiência do Hospital Mario Gatti de Campinas, no protocolo canadense, no australiano e no Advanced Trauma Life Support – ATLS⁽¹⁾.

O AACR propõe que: haja uma organização de acesso dos usuários aos serviços de emergência, abolindo a forma corriqueira de entrada por filas e/ou ordem de chegada; sejam melhoradas as relações entre profissionais de saúde e usuários, no que concerne à forma dos profissionais escutarem os seus problemas e demandas; seja melhorada a integração com a equipe e haja aperfeiçoamento do trabalho grupal, com responsabilidades compartilhadas pelos profissionais em relação aos usuários e o aumento de vinculação entre profissionais e usuários do sistema, criando confiança entre os atores do processo; se aborde o usuário para além da doença e suas queixas; se tenha uma abordagem bio-psico-sócio-espiritual e cultural, respeitando a capacidade do serviço e a demanda^(2,3).

O acolhimento é compreendido como uma ação que permeia qualquer relação entre o profissional de saúde e o usuário. Toda equipe deve ser acolhedora, humanizada, receptiva e, sobretudo, resolutiva. Acolhimento é uma ação técnica na prestação da assistência na qual deve haver mudanças no comportamento dos profissionais para com os usuários e sua rede social, baseando-se em parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como o sujeito participante e ativo no processo de produção da sua saúde⁽⁴⁾.

Os enfermeiros que realizam este trabalho no Brasil expressaram sentimentos positivos em relação à sua prática, pois se sentem com maior autonomia e liberdade na tomada de decisão; determinando a gravidade de um paciente a responsabilidade aumenta, e com isso se agrega valores à profissão⁽⁵⁾. O acolhimento consiste em uma etapa do trabalho. É realizado desde o momento de

recepção do usuário até a avaliação de suas possibilidades de resposta à intervenção, trazendo como resultado a complementação dos saberes e práticas específicas e comuns das diversas categorias profissionais⁽⁴⁾.

A classificação de risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise sob a óptica de protocolo preestabelecido, com vistas ao grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, e não na ordem de chegada⁽⁶⁾.

Para atingir os objetivos da Política Nacional de Humanização (PNH), existem alguns pré-requisitos padrões do Ministério da Saúde, que são: estabelecer quais serão os protocolos para o atendimento e classificação de risco; qualificar os membros da equipe para realizar o acolhimento; possuir sistema de informações, agendar consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos; quantificar diariamente os atendimentos, bem como o perfil da clientela no horário de pico e também adequar à estrutura física e logística das áreas de atendimento de emergência. Dessa forma, é necessário dividir estes locais de atendimento por nível de complexidade, otimizando os recursos tecnológicos e a força de trabalho em equipe conforme a necessidade do paciente. Assim, a classificação de risco pode ser definida por coloração da área⁽⁶⁾:

Vermelho: destinada ao atendimento de pacientes de maior complexidade, equipada com o objetivo de avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Estes pacientes deverão ser encaminhados diretamente à sala vermelha (emergência) devido à necessidade de atendimento imediato;

Amarelo: destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos que já estão com estabilização iniciada. Estes pacientes precisam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, e não correm riscos imediatos. Deverão ser encaminhados à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco – prioridade um, atendimento em no máximo 15 minutos;

Verde: acolhe pacientes não críticos que estão em observação ou aguardando vagas nas unidades de internação ou até mesmo remoções para outros hospitais. Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas, atendidos com prioridade sobre consultas simples, sendo que o atendimento deve acontecer em no máximo 30 minutos;

Azul: recebe os pacientes para consultas de baixa e média complexidades. Deve ter área de acolhimento com fluxo obrigatório na chegada. Engloba as demais condições não enquadradas nas situações acima, nas quais o atendimento será de acordo com o horário de chegada. O tempo de espera pode variar em até 3 horas, de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências;

A identificação das prioridades é feita mediante adesivo colorido colocado no canto superior direito de Boletim de Emergência⁽⁶⁾.

Assim, quando o indivíduo procurar os serviços de urgência e emergência deverá ser acolhido, pois esta é considerada a fase inicial do serviço, sendo baseada na queixa do paciente ou na observação da equipe, que encaminhará os casos para a classificação de risco com o enfermeiro⁽⁷⁾.

O processo de classificação de risco inicia-se com apresentação da queixa, que direciona o fluxograma específico a ser seguido. Sucessivas questões são feitas relativas aos discriminadores, até que se obtenha resposta positiva. Chega-se, então, à prioridade clínica, definindo o nível de urgência com a cor correspondente e o tempo provável de atendimento. Portanto, a decisão da prioridade deixa de ser aleatória, subjetiva ou por ordem de chegada, como nos primórdios desta prestação de cuidados, e passa a ser com base em critérios bem embasados. A avaliação de parâmetros clínicos e a percepção visual de sinais de gravidade também compõem o processo de avaliação⁽⁸⁾.

Desta forma, identificar por meio de revisão sistemática da literatura os sinais e sintomas que caracterizam as principais urgências e emergências atendidas em pronto-socorro.

MÉTODO

A Pesquisa de Revisão Sistemática da Literatura (RSL) foi de caráter descritivo e exploratório. Este método de pesquisa é definido como uma revisão planejada, com a finalidade de responder a uma pergunta específica, sendo realizada por métodos explícitos e sistemáticos com o objetivo de identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos, diminuindo, assim, o viés na seleção destes, sintetizando estudos sobre problemas relevantes de forma objetiva e reproduzível por meio de método científico⁽⁹⁾.

A RSL é um sumário das evidências provindas de estudos primários para responder uma questão específica, determinando quaisquer falhas ou inconsistências no corpo da pesquisa durante a análise e se haverá a necessidade de replicar um estudo já realizado com populações distintas ou de outra forma, além de identificar estruturas teóricas ou conceitos para o problema de pesquisa de relevância, assistir na interpretação dos resultados do estudo e no desenvolvimento de implicações e recomendações. Para tanto, a RSL é uma tarefa crucial para embasar as pesquisas quantitativas⁽¹⁰⁾.

Esta revisão de literatura foi abrangente, imparcial e reprodutível pois localizou, avaliou e sintetizou um conjunto de evidências entre os estudos científicos, com vistas a obtenção de uma visão geral e confiável da estimativa do efeito da intervenção.

A pesquisa evidenciou, de forma clara e objetiva, as

informações extraídas da síntese dos estudos publicados sobre a questão-tema para replicar este conhecimento com o objetivo de aplicabilidade e reproduzibilidade científica, possibilitando ao leitor uma visão teórica ampla e esclarecida direcionada à prática clínica⁽¹¹⁾.

A RSL foi desenvolvida respeitando as seguintes etapas metodológicas: Definição do problema/objeto do estudo: Quais são os sinais e sintomas das principais doenças atendidas e classificadas como emergências e urgências nos serviços de pronto-socorro?; Critérios de inclusão dos estudos: foram selecionados artigos que continham em seu título um ou mais descritores. Quando não havia, o estudo deveria contemplar no resumo o assunto proposto, a fim de contribuir com dados da clínica e/ou avaliação clínica do doente, e deveriam estar presentes nas bases de dados eletrônicas indexadas nacionais ou internacionais; Busca dos estudos: feita de maneira independente por dois revisores. Dentre os critérios para a seleção dos trabalhos, se utilizou os materiais supracitados, entretanto, quando o título ou resumo apresentasse muita pertinência para um dos pesquisadores, mas se encontrava de difícil acesso, ocorria reunião entre os pesquisadores para obter consenso entre incluir ou não o estudo (dada sua relevância para elegibilidade); Avaliação crítica dos estudos: os estudos foram lidos em sua totalidade, de maneira independente, pelos dois revisores e depois agrupados sucessivamente nas categorias A, B e C. Foram classificados por relevância, sendo que a classe A era composta por artigos que atendiam completamente aos critérios de elegibilidade e obtinham tudo o que os revisores precisavam; os da categoria B apresentavam um ou mais descritores no título e/ou em seu resumo e se mostraram de suma importância; os da categoria C contemplavam outros temas relacionados aos descritores ou itens sobre a metodologia ou análise estatística, dentre outros; Coleta de dados: foi elaborada uma ficha clínica contendo dados das variáveis dependentes (cores da classificação de Manchester, sendo respectivamente, vermelha, laranja, amarela, verde e azul), e variáveis independentes (sinais e sintomas), riscos de viés nos estudos primários (que os próprios autores muitas vezes apontavam como limitações), outras informações relevantes descritas nos estudos, dados numéricos quantitativos (como estatísticas de morbi e mortalidade); Síntese dos dados: foram feitas paráfrases dos trechos relevantes selecionados para a revisão da literatura e direcionados para seus respectivos capítulos⁽¹²⁾.

Nesta fase, os pesquisadores esgotaram todas as possibilidades de descritores nos idiomas português e inglês, bem como seus sinônimos, e dividiram os descritores parecidos por relevância de busca. Identificação manual e

eletrônica das possíveis referências. Os artigos que não estavam disponíveis *online* gratuitamente foram anotados manualmente e buscados *in loco* em bibliotecas da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Universidade de São Paulo (USP). Após a leitura dos resumos, todas as referências promissoras foram salvas nos computadores dos pesquisadores e em *pen drives*.

Os estudos foram triados por relevância e propriedades (os mais relevantes eram estudos de validação) ou foram considerados os que descreviam a clínica das doenças. Foram descartadas referências inicialmente consideradas relevantes mas, que com leitura completa do texto, apresentaram-se irrelevantes por não apresentarem informações pertinentes à pesquisa. Em seguida, foram lidas as referências relevantes e feitas anotações dos trechos de maior importância (tabulação). Novas referências, identificadas por meio das citações dos artigos analisados, foram investigadas para compor o banco de referências. Por fim, os materiais foram analisados e integrados na escrita e foi redigida a revisão.

A estratégia de busca por estes estudos foi longa. Nos meses de junho de 2014 a junho de 2015 foram realizadas buscas na literatura nas Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). As buscas foram realizadas nos seguintes meios: Base de Dados Eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), base de dados Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (mais conhecido pela sua denominação original Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), periódicos de Enfermagem, *Medlars Online* (PUBMED) e em bibliotecas digitais de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Os termos utilizados para a busca, selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Heading Terms* (MeSH), foram “relações enfermeiro-paciente”, “medição de risco” e “acolhimento”, além de seus correspondentes no idioma inglês “*nurse-patient relations*”, “*risk assessment*” e “*user embracement*”.

Estes descritores foram combinados de diferentes formas para as consultas nas bases de dados. Primeiramente foram combinados entre si e separados por “aspas”; depois, foram combinados somente dois descritores, tais como: relações enfermeiro-paciente e medição de risco, separados por aspas, o que não retornou nenhum resultado, mas, ao serem combinados os mesmos termos pelo conector booleano AND, foram encontradas 226 publicações, que foram subdivididas em

217 publicações na PUBMED e nove na Central-En-

saio Clínicos Controlados; destas, foram utilizados 27 artigos, devido aos critérios de inclusão segundo os quais deveria constar ao menos um descritor ou sinônimo do investigado ou de conter no resumo o assunto selecionado para a busca.

Novas buscas foram feitas utilizando somente o conector booleano AND com os descritores: Relações enfermeiro-paciente AND acolhimento, que retornou 31 artigos, dos quais 15 estavam na LILACS, dez na BDENF e seis na PUBMED. Foi utilizado um artigo, presente nas bases de dados PUBMED, LILACS e BDENF, que atendia aos critérios de inclusão.

A última combinação, entre os descritores Acolhimento AND Medição de Risco, retornou 11 publicações, sendo cinco na LILACS, quatro na BDENF e duas na PUBMED. Foram utilizadas 2 publicações, sendo que uma delas estava duplicada nas bases de dados LILACS e MEDLINE e a outra constava somente na MEDLINE.

Foi necessário combinar os mesmos termos em inglês a fim de encontrar o maior número possível de indicações. Além disso, foi necessário ainda refinar a pesquisa na base PUBMED com a utilização dos termos descritos acima, porém com os descritores separados por aspas, o que retornou com a primeira combinação a mesma quantidade de artigos investigados na BVS, sendo 226 no total. Destes, utilizou-se 27 artigos já descritos anteriormente.

Na segunda busca, foram encontrados somente dois artigos, e utilizado apenas um, o mesmo encontrado pela busca em português na BVS.

Na terceira busca, foi encontrado somente um artigo, o qual já havia sido encontrado na BVS com a busca em português.

O total de referências utilizadas somou 38: 30 artigos encontrados nas bases de dados nacionais e internacionais, dois livros, dois sites específicos sobre a temática classificação de risco e quatro apostilas do Ministério da Saúde que tratam especificamente da CR.

RESULTADOS

Sinais e sintomas são características sentidas, relatadas e/ou demonstradas por uma pessoa, que pode ou não estar sob consulta com um profissional da saúde. Tornam-se subsídios para investigação do problema apresentado e parâmetros para sugerir uma possível solução. Estes sinais e sintomas serão apresentados adiante por meio da investigação científica feita com dados publicados sobre o assunto.

O Quadro I a seguir discorre sobre os principais resultados apresentados nos artigos contidos neste capítulo:

DISCUSSÃO

Muitas doenças são acompanhadas por sinais e/ou

sintomas. Algumas podem ser de caráter silencioso, uma vez chamadas de assintomáticas. Nesta perspectiva, sinal é definido como tudo o que se percebe em outrem e, havendo uma avaliação, conseguimos notar e/ou avaliar de forma objetiva o ocorrido, a exemplo uma crise hipertensiva, que, além de outras características, apresenta como principal sinal o aumento da pressão arterial sistêmica em níveis superiores a 140X90 mmHg; já sintoma é caracterizado por uma queixa relatada por outrem que não pode ser avaliada, pois é subjetiva, e o profissional não consegue ter certeza de que o sintoma existe. Ape-

sar de partir do pressuposto que o paciente está relatando a verdade, o indivíduo pode fazer interpretações como quiser e comunicá-las por meio de relato verbal ou facial ao profissional. Como exemplo a dor de cabeça, sentida pelo doente e de impossível comprovação por parte dos profissionais. Outras informações que podem ser observadas são os hábitos de risco, que incluem etilismo, tabagismo, bem como outras questões apresentadas a seguir^(13,14).

Um estudo⁽¹⁵⁾ realizado com a equipe de enfermagem de um hospital revelou que o conhecimento da equipe

QUADRO 1 – Principais resultados da RSL segundo as publicações. São Paulo, SP, Brasil, 2014-2015.

AUTOR (ES)/ ANO	TÍTULO	PERIÓDICO	PAÍS	PRINCIPAIS RESULTADOS
André, C. 2009	Hipertensão arterial na fase aguda de infarto cerebral. Inquérito sobre prática corrente em um Hospital Universitário	Arquivos de Neuropsiquiatria	Brasil	O AVC é a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental. Na hipertensão cerebral, os sinais clínicos são caracterizados de acordo com a extensão da lesão e seus déficits neurológicos. Os doentes apresentam hemiparesia, hemianópsias e afasias globais, associadas ou não a diminuição do nível de consciência. Quando ocorre a hipertensão severa, podem apresentar convulsões e vômitos.
Balbinout, R. A. 2014	Diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade: análise da legislação na Argentina, no Brasil e na Colômbia	Revista da Diretoria Sanitária	Argentina	As doenças crônicas não transmissíveis são a primeira causa de morte na América Latina, ocorrendo 14 milhões de óbitos ao ano, principalmente em pessoas desfavorecidas financeiramente, que poderiam ser evitadas. Argentina, Brasil e Colômbia, têm a meta de redução de 25% destes óbitos, compromisso findado com a organização mundial de saúde. Os três Países possuem legislação
				específica para o controle e diminuição das DCNT, porém, estas políticas públicas não estão sendo feitas com empenho, dado esta quantidade de mortes.
Clare, C.M;	A importância	Revista	Brasil	A insuficiência coronariana
Araújo, M. 1999	da avaliação da dor	SOCERJ		aguda (ICA) é uma das principais causas de morte
	torácica na			nos Brasil e nos EUA, a dor
	insuficiência			torácica é o principal
	coronariana			sintoma, e deve ser
	aguda em			avaliada criteriosamente,
	Unidade de			pois cerca de 2,5% de
	Dor Torácica			pacientes com infarto do
				miocárdio apresentam ICA
				e são liberados do serviço
				devido avaliações errôneas.
				Este estudo contempla os
				tipos de dor torácica, bem
				como as diferenciações
				entre as mesmas.
Duncan, B. B;	Doenças Crônicas não	Revista de Saúde Pública	Brasil	DCNT apresentam a maior causa de mortes no Brasil,

Chór, D.;	transmissíveis			mesmo com as políticas
Aquino,	s no Brasil;			públicas de saúde
E. M. L.;	prioridades			adotadas. Se apontou a
Benseñor,	para o			necessidade de pesquisas
I. J. M.; M	enfrentament			e geração de conhecimento
Mill, J. G.;	o e			às pessoas, e a oferta
Shimidt,	investigação			sobre a importância das
M. I.; Lotufo,				ações preventivas.
P. A.;				Apresenta dados sobre
Vigo, A;				sinais e sintomas das
Barreto, S.M.				principais doenças
2012				atendidas nos setores de
				emergência.
Franco, B.;	Pacientes	Revista Latino	Brasil	Discute os fatores que
Rabelo,	com infarto	Americana de		interferem na busca do
E. R.;	agudo do	Enfermagem		paciente pelos serviços de
Goldmeyer, S.;	miocárdio e			emergência, e que estão
Souza,	os fatores			principalmente relacionados
E. N. S.	que			a dor torácica e a fadiga.
2008	interferem na			Aponta a necessidade da
	procura por			equipe de enfermagem em
	serviços de			reconhecer prontamente o
	emergência:			IAM, e ainda, reconhecem a
	implicações			necessidade da
	para a			participação efetiva da
	educação em			equipe de enfermagem em
	saúde			orientar a população e
				trabalhar com ações de
				educação preventiva em
				saúde.
Garritano, C.	Análise da	Arquivos	Brasil	A sobrevida pelo AVC é
R.; Luz,	tendência da	Brasileiros de		grande, porém, a
P. M.;	mortalidade	Cardiologia		morbidade assola a quase
Pires, M. L. E.;	por acidente			todos os pacientes, desde
Barbosa, M. T. S.;	vascular Cerebral			um simples desvio de rima, a uma paralisia
Batista, K. M	no Brasil no século			total em um lado do corpo, estas sequelas
2012	XXI			atingem 80% dos sobreviventes, o Brasil,
				é o País que apresenta o maior índice de
				mortalidade e esta doença é mais comum
				nas mulheres.
Gomes,	Fatores	Arquivo	Brasil	Conceitos relacionados aos
A. M. C. G.;	prognósticos	Brasileiro de		pacientes que apresentavam
Timerman, A.;	de sobrevida	Cardiologia		inatividade encefálica e
Souza,	pós-			cardíaca pós parada
C. A. M.	reanimação			cardíaca; estes eram desde
2005	cardiorrespira			jovens a idosos, 14 a 93
	tória cerebral			anos, 77% da amostra. Os
	em hospital			fatores prognósticos de
	geral			sobrevivência
				em nove anos de evolução
				foram: não ter recebido
				epinefrina;
				ser reanimado em hospital
				privado e tempo de
				reanimação menor ou igual a
				15 minutos.
Ishitani,	Desigualdade	Revista de	Brasil	As doenças
L. I.; Franco,	social e	Saúde Pública		cardiovasculares (DCV)
G. F.;	mortalidade			representam a primeira
Perpétuo,	precoce por			causa de morte no Brasil.
I. H. O.;	doenças			1/3 dos óbitos por doenças
França, E.	cardiovascula			do coração ocorrem em

2006	res no Brasil			indivíduos jovens de 35 a 64 anos, na amostra analisada, de óbitos por DCV, notou-se que os pacientes tinham baixa escolaridade, condições precárias de moradias, ou seja, as mortes ocorriam em pacientes com estas condições. A análise da mortalidade dos municípios mostrou associação entre doenças cardiovasculares e fatores socioeconômicos. É provável que melhor escolaridade possibilite melhores condições de vida e, conseqüentemente, impacto positivo na mortalidade precoce
Jorge, V. C.; Barreto, M. S.; Ferreira, A. L. M.; Santos, E. A. Q.; Rickli,	Equipe de enfermagem e detecção de indicadores de	Revista Escola Ana Nery	Brasil	Pronto-socorro no ambiente intra hospitalar é um dos setores que merece maior atenção das esferas do governo, pois é lá que são atendidas as emergências.
H. C, Marcon, S. S 2012	agravamento em pacientes de pronto-socorro			A enfermagem está preparada a localizar sinais de alerta de emergências, tais como alterações de SSVV, na coloração da pele, e de consciência, vômitos, dores e agitação, são sintomas percebidos por toda a equipe, e que requer atendimento imediato.
Kopel, L.; Carvalho, R. T.; Lage, S. C	Indicações de agentes inotrópicos na insuficiência cardíaca.	Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP)	Brasil	A insuficiência cardíaca está ligada a altas taxas de morbidade e mortalidade, mesmo se tratadas adequadamente. É considerado um problema de saúde pública. Este estudo exemplifica a clínica da insuficiência cardíaca, bem como a terapêutica a ser instituída.
Laizo, A. 2009	Doença pulmonar obstrutiva crônica - uma revisão	Revista Portuguesa de Pneumologia	Portugal	Conceitos da clínica específica das DPOC, fatores de risco associados, como tabagismo, e que este hábito está associado diretamente a doença e a problemas cardiocirculatórios. Sendo de responsabilidade do cidadão, que através de seus hábitos errôneos desenvolve uma dessas doenças.
Lipp, M. E. N.	Estresse emocional: a	Revista de Psiquiatria	Brasil	Elenca os fatores desencadeados

2001	contribuição	clínica		fisiologicamente pelas
	de			doenças de emergência,
	estressores			que exacerbam as
	internos e			atividades hormonais e
	externos			desregulam as funções
				corporais. E todos os
				fatores hormonais
				associados às cardiopatias.
Martin,	Crise	Arquivos de	Brasil	Aborda conceitos
J. F. V.;	Hipertensiva:	Ciências em		relacionados a pressão
Loureiro,	atualização	Saúde		arterial, a crise hipertensiva,
A. A. C.;	clínica			deteção precoce dos
Cipullo,	terapêutica			agravos, e possíveis
J. P.				complicações decorrentes
2004				do tratamento incorreto.
				Efeito das drogas que são
				comumente utilizadas para
				o tratamento da
				hipertensão.
Malta, D. C.; Moura, L.;Prado, R. R.; Escalante, J. C.;Schimidth, M. I.; Duncan, B. B. 2014	Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011	Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília	Brasil	Estudo descritivo e qualitativo que descreveu a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no período 2000- 2011 e as projeções do Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil para 2011-2022, onde o maior índice de mortes ocorrem em ambos os sexos. No ano de 2008, ocorreram 36 milhões de mortes globais (63%), com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica.
Martin, J. F. V.; Higashiana, E.;GARCIA, E.; LUIZON, M. R.; CIPULLO, J. P. 2004	Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica.	Arquivo Brasileiro de Cardiologia	Brasil	Conceitos relacionados à doença hipertensiva, e mortalidades por DCNT de 2011 a 2012. Avaliação do número de pacientes atendidos com crise hipertensiva em um hospital universitário. Enfatiza que as crises hipertensivas ocupam um número de destaque nas doenças atendidas em pronto- socorro.
Masaro, A.; Schout, D 2004	AVC no Brasil: Um problema de Saúde Pública	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro CREMERJ	Brasil	Apresenta o AVC como uma doença de grande impacto social e econômico no Brasil, e como a doença que mais causa mortes no Brasil, sendo um problema de saúde pública, com diferenças nas taxas de mortalidade, e fortes influências étnicas e sociais. Além destes dados, traz informações sobre a doença, bem como seus sinais e sintomas, e todas as morbidades associadas.
Monteiro- Júnior, F. C.; Anunciação F. A. C.; Salgado- Filho, N.;Silva, G. M. A.S; Barbosa, J. B.; Ferreira, P. A. M.; Lages, J.;	Prevalência de verdadeiras crises hipertensivas e adequação da conduta médica em pacientes atendidos em	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	Brasil	A HAS é considerada um dos problemas mais frequentes de procura por atendimentos médicos de emergência, e corroboram com o aumento das taxas de desenvolvimento de DCV. A pressão arterial elevada foi o maior motivo pela procura do serviço de

Mandari, N. R.; Silva-Junior, W. S.; Monteiro, C. C. 2008	um pronto-socorro geral com pressão arterial elevada			emergência, o que correspondeu quase 20% de todos os atendimentos médicos. As condutas médicas relacionadas a detecção precoce e tratamento foram corretas do ponto de vista clínico. Neste estudo apresentaram a importância de uma boa avaliação inicial e terapêutica correta instituída, como fatores que influenciam no aumento da sobrevivida.
Oliveira, K. C. S 2004	Fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio em um hospital de Ribeirão Preto – SP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto	Brasil	No Brasil, há altas taxas de óbitos por DCV, e o infarto do miocárdio é a que se apresenta com maior relevância. Cita hábitos de vida e histórico familiar como relevantes ao aparecimento e ou agravamento da doença. Traz, além desses, dados de sinais e sintomas do infarto, bem como outras correlações.
Oliveira, A. R. S.; Costa, A. G. S.; Moreira, R. P.; Cavalcante, T. F.; Araújo, T. L 2012	Diagnósticos de enfermagem: atividade/exercício em pacientes com acidente vascular cerebral	Revista de Enfermagem da UERJ	Brasil	O objetivo principal foi apresentar diagnósticos de enfermagem para pacientes com AVC. O estudo trouxe muitas informações relevantes sobre as incapacidades trazidas pela doença, bem como sua clínica, diferenciando locais do aparecimento dos sintomas.
Oliveira, M. C.; Santoro, C. D 2004	Conduta da equipe de enfermagem diante das alterações clínicas do cliente com síndrome isquêmica coronariana	Escola Anna Nery Revista Enfermagem	Brasil	Apresentou sinais clínicos do infarto e angina, bem como a conduta de enfermagem frente a estes pacientes, tanto no que concerne o momento da avaliação, quanto relacionados às condutas posteriores.
Rech, T. H.; Vieira, S. R. R 2010	Hipotermia terapêutica em pacientes pós-parada cardiorrespiratória: mecanismos de ação e desenvolvimento de	Revista brasileira de Terapia Intensiva	Brasil	Discute dados sobre parada cardiorrespiratória, bem como os problemas gerados pelo hipofluxo cerebral nestas circunstâncias, as condições clínicas do paciente no momento do ocorrido, bem como aborda a intervenção de hipotermia

	protocolo assistencial			terapêutica como método pouco difundido, porém eficaz, no tratamento de sequelas isquêmicas cerebrais causadas pela PCR.
Sociedade Brasileira de Cardiologia SBC 2002	Diretrizes para avaliação e tratamento de pacientes com arritmias cardíacas	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	Brasil	Aborda contextos de avaliação clínica a pacientes com arritmias cardíacas. Os principais dados são as diferenças entre as mesmas, e como saber identificá-las. Trata destas alterações cardíacas como um grave problema de saúde pública, e de difícil controle, haja vista os fatores pré dispostos, que a população acaba por subvalorizar.
Sociedade Brasileira de Cardiologia SBC 2004	Diretrizes de doença coronariana crônica angina estável	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	Brasil	Trata a fisiopatologia das síndromes coronarianas, bem como sua clínica e intervenções específicas pelos profissionais da saúde.
Sociedade Brasileira de Cardiologia SBC 2010	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	Brasil	Aborda a hipertensão como um grave problema de saúde pública a qual boa parte da população está exposta e, mesmo com todas as políticas públicas de tratamentos menos custosos e remédio gratuito, ainda sim, algumas pessoas subvalorizam a doença e acabam por apresentar problemas decorrentes da mesma, ou chegam até mesmo a óbito, elevando as taxas de mortalidade.
Souza, V.; Zeiton, S. S.; Barros, A. L. B. L. 2011	Débito cardíaco diminuído: revisão sistemática das características definidoras	Acta paulista enfermagem	Brasil	Aborda dados contidos na literatura sobre as características definidoras (sinais e sintomas) do diagnóstico de enfermagem débito cardíaco diminuído. Traz à tona toda a clínica sugestiva relacionada à baixa frequência de batimentos do coração, e aborda a importância de ter um reconhecimento precoce.
Swedberg, K.;	Guidelines	European Heart	Inglaterra	Guia para diagnosticar e

Cleland, J.;	for the	Journal		tratar as doenças crônicas
Dargie, H.;	diagnosis			do coração. Aborda o fato
Drexler, H.;	and			da prevalência de
Follath, F.;	treatment of			insuficiência cardíaca
Komajda, M.;	chronic heart			aumentar com a idade.
Tavazzi, L.;	failure			Conglomerou neste estudo
Smiseth, A.;				dois guias anteriores, dos
Gavazzi, A.;				anos de 1995 e 1997, e
Haverick, A.				com isso atualizou as
2001				informações. Este artigo
				tem muitos dados sobre as
				doenças do coração, bem
				como sua avaliação e
				tratamento.
Tavares,	O cuidado de	Departamento	Brasil	Trata conceitos sobre AVC,
S. M. S.;	enfermagem	Nacional de pós-		bem como sinais e
Oliveira,	ao paciente	graduação e		sintomas e sequelas. Traz a
I. R. S. O	com acidente	atualização		assistência de enfermagem
s.a	vascular	Universidade		como de suma relevância
	cerebral em	UNIRIO		neste aspecto, para a
	ambiente			redução de morbidades no
	intra-			setor hospitalar.
	hospitalar			
Witte, K. K.;	Why does	Progress in	Reino	Traz a discussão sobre as
Clark, A. L	chronic heart	Cardiovascular	Unido	consequências sistêmicas da
2007	failure cause	Diseases		disfunção ventricular à
	breathlessne			esquerda, na insuficiência
	ss and			cardíaca congestiva; clarifica
	fatigue?			qual a relação fisiológica
				com os sintomas e sinais de
				insuficiência cardíaca.

Fonte: dados da pesquisa.

de enfermagem em detectar problemas nos pacientes na emergência estava relacionado principalmente em perceber o comportamento do paciente e avaliar seus sinais vitais. Dentre sinais e sintomas relataram náuseas, vômitos, palidez cutânea e relato de dor, que eram dados importantes a serem considerados no primeiro contato com o paciente.

A diferença entre sintoma e sinal é que o sinal pode ser percebido por outra pessoa, sem o relato ou comunicação do paciente, diferentemente do sintoma, que é a queixa relatada pelo paciente, mas que só ele consegue perceber. Sintomas são subjetivos, sujeitos à interpretação do próprio paciente⁽¹³⁾.

Todos os pacientes atendidos em qualquer serviço de saúde devem ser vistos de acordo com seus sinais clínicos e possíveis agravos que podem acarretar. A principal finalidade dos protocolos de Classificação de Risco é realizar avaliação com intenção de identificar a prioridade de atendimento, priorizando assim os mais graves. Não possui finalidade de excluir ou rejeitar os demais clientes, mas organizar o fluxo nos sistemas de saúde e selecionar rapidamente a hipótese diagnóstica e tratamento precoce da doença ou agravo apresentado⁽¹⁶⁾.

Antes mesmo de elencar as doenças de maior gravidade e complexidade, tanto no que concerne ao diagnós-

tico quanto ao tratamento, o enfermeiro deve se lembrar que não é somente uma boa coleta de dados que o ajudará a classificar e realizar julgamento clínico do doente. Uma boa avaliação é composta da junção desta coleta com a análise de fatores de risco e avaliação de exames laboratoriais e de imagem - quando couberem^(16,17).

As doenças crônicas não transmissíveis são a maior causa de mortalidade mundial. Em 2008, 63% das mortes decorreram deste grupo de doenças, atingindo principalmente pessoas residentes em países de média ou baixa renda e baixo nível escolar. Em adultos com menos de 60 anos, as doenças descritas adiante foram elencadas de acordo com uma vasta revisão de literatura que incluiu as principais causas de morte e/ou incapacidades no Brasil⁽¹⁴⁾.

Foram identificados, por meio de estudos epidemiológicos, vários fatores de risco que levam ao acometimento de doenças que evoluem para urgência ou emergência, principalmente as neurológicas, as cardiovasculares e respiratórias. Foram classificados em dois grupos: fatores de risco importantes e fatores de risco contribuintes⁽¹⁸⁾.

FATORES DE RISCO IMPORTANTES

Colesterol e Triglicerídeos: São gorduras encontradas no sangue, importantes para o ser humano, mas

níveis elevados são maléficos. Como não se dissolvem totalmente na água, elas são transportadas no sangue em forma de partículas chamadas lipoproteínas de densidade muito baixa (VLDL - *Verylow Density Lipoprotein*, em inglês), proteínas de baixa densidade (LDL- *Low Density Lipoproteins*, em inglês) e proteínas de alta intensidade (HDL - *High Density Lipoproteins*). As LDL levam o colesterol para as paredes das artérias e, em níveis elevados, aumentam o risco da ocorrência das doenças cardiovasculares. Já as VLDL são ricas em triglicerídeos que têm um importante papel energético, porém, em níveis elevados, levam à obesidade. Os valores desejáveis para uma vida saudável são os seguintes: colesterol total (VLDL + LDL + HDL) = menores que 200 miligramas por decilitro (mg/dl), LDL colesterol (mau colesterol) = menor que 130mg/dl, HDL colesterol (bom colesterol) = maiores ou iguais a 35 mg/dl, triglicerídeos = menores que 200mg/dl^(14,18,19).

Idade e Sexo: O aumento da idade está associado às mudanças anatômicas e hemodinâmicas no sistema cardiovascular. Essas alterações incluem degeneração do colágeno, perda de elastina, espessamento da camada média vascular e redução da complacência vascular. Mulheres acima de 55 anos em média já apresentaram a menopausa, onde há redução ou privação total de estrogênios protetores contra a aterosclerose^(18,19).

Hereditariedade: O fator hereditário influencia e aumenta os riscos do desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Quanto maior o grau de parentesco em relação ao membro da família com precedentes da doença, maior a probabilidade⁽²⁰⁾.

Tabagismo: É considerado um problema de saúde pública, sendo relacionado a 90% dos casos de cancro de pulmão, 86% de bronquite e enfisema e a 25% dos casos de isquemia cardíaca. Aumenta o risco da doença arterial coronariana e de outras doenças ateroscleróticas. O hábito de fumar acelera o desenvolvimento da lesão aterosclerótica, como também aumenta o risco de fenômeno trombótico sobreposto devido à citotoxicidade causada nos tecidos celulares pelo cigarro^(12,20,21).

Hipertensão Arterial: A pressão arterial sistêmica corresponde à força com que o sangue é bombeado contra as paredes das artérias. Essa circulação é importante para a nutrição de todo o corpo. Quanto mais difícil for o transporte do sangue através da artéria, maiores serão os valores da pressão arterial e maior será o trabalho do coração, que assim fica sobrecarregado. É considerada pressão normal para um adulto quando esta se encontra abaixo de 140/90 mmHg, sendo que valores mais altos indicam hipertensão. A doença atinge de 15 a 20% da população adulta, o que corresponde a um dos maiores e mais importantes fatores de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares^(12,19).

Sedentarismo: As pessoas que levam uma vida sedentária têm uma grande chance de sobrepeso - além do fato de que o exercício praticado corretamente controla outros fatores de risco como hipertensão arterial, diabetes mellitus, colesterol e triglicerídeos elevados^(12,18).

Diabetes Mellitus: O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade e morbidades como insuficiência renal, amputação dos membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. As doenças cardiovasculares são mais frequentes e mais precoces em indivíduos com diabetes, comparativamente aos demais⁽²⁾.

Os fatores de risco contribuintes

Estresse: A incapacidade para superar a vivência de experiências estressantes desgasta o indivíduo, levando à rotura do bem-estar individual. Os estresses psicossociais estão fortemente associados às mudanças hemodinâmicas que levam ao aumento do risco cardiovascular e de hipertensão^(12,18).

Níveis de Homoastelina: A homoastelina é um aminoácido que contém enxofre que é sintetizado durante o catabolismo proteico. Ela depende da vitamina B12 para ser metabolizada. Ajuda no crescimento e na manutenção dos tecidos, desempenhando um papel na prevenção de distúrbios cutâneos e ungueais. Causa adesividade plaquetária aumentada, estimula à deposição de LDL na parede arterial e ativa a cascata de coagulação, com isso, quando a a homoastelina está alterada, causa malefícios a saúde do indivíduo⁽¹³⁾.

Álcool: O consumo de bebidas alcoólicas em tempo prolongado e em doses elevadas é capaz de gerar alterações no sistema cardiovascular, podendo gerar lesões no coração, decorrendo disso, arritmias e outros problemas como trombos e derrames subsequentes⁽¹²⁾.

Hormônios Sexuais: Os hormônios sexuais desempenham um papel de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. O número de homens acometidos pelo infarto agudo do miocárdio é maior que o número de mulheres em pré-menopausa. A medida que as mulheres envelhecem e tem diminuída a taxa de estrogênio, esse índice se iguala, ou seja, há um aumento no número de mulheres acometidas pelo IAM após a menopausa. Os hormônios femininos aumentam o HDL e diminuem os níveis sanguíneos de colesterol total, enquanto os hormônios masculinos apresentam efeito oposto⁽¹⁸⁾.

Vida Socioeconômica: Relacionada com a morbidade e mortalidade da doença cardíaca isquêmica do coração, a renda e a educação estão correlacionadas com a doença. Uma renda adequada possibilita um estilo de

vida mais saudável, ambientes físicos mais seguros e melhores condições de atendimento médico, além de que indivíduos com menor escolaridade possuem maior risco de doenças cardíacas^(12,19).

Com vistas aos fatores de risco mencionados acima, autores^(12,22) citam que a conscientização da população em relação aos fatores de risco que podem ser modificados deve ser enfatizada tanto a populações de baixo como de alto risco para com isso serem prevenidas as doenças de emergência, ocasionando consecutiva redução dos índices de morbimortalidade.

Os sintomas e sinais que um indivíduo apresentam são de grande valia na avaliação de risco, uma vez que será pelos por estes que se serão previstos os riscos que aos quais o paciente está exposto. Segue adiante o Quadro 2 que indica as principais clínicas atendidas em pronto-socorro e que são avaliadas durante a classificação de risco, bem como a categorização a que as mesmas pertencem^(12,17).

CONCLUSÃO

O acolhimento com a classificação de risco constitui-se de uma estratégia no atendimento no pronto-socorro, em que é possível seguir critérios e estratégias para a prioridade de no atendimento dos casos mais graves. Para tal, é preciso que o enfermeiro responsável por esta triagem esteja apto e capacitado o suficiente para reconhecer os sinais e sintomas do paciente a fim de classificar seu caso de acordo com sua prioridade, possibilitando assim, um atendimento adequado às necessidades dos pacientes que chegam no pronto-socorro. Salienta-se que é preciso que haja capacitação por conta dos profissionais e instituições de saúde, a fim de estabelecer estratégias e padrões a seguir, possibilitando assim, a melhoria da qualidade da assistência.

Espera-se com este estudo, despertar o interesse da comunidade acadêmica e clínica a fim de surgirem mais estudos sobre a temática, até mesmo acerca de experiências com os muitos padrões de classificação já existentes.

QUADRO 2 – Classificação de Risco e principais sinais e sintomas. São Paulo, SP, Brasil, 2016.

NÍVEL DE PRIORIDADE	TEMPO ESPECÍFICO	DOENÇAS, LESÕES, SINAIS E SINTOMAS
EMERGENCIAL	Estas condições são potencialmente ameaçadoras à vida ou à ação normal de qualquer órgão. Medidas de salvamento e atendimento imediato.	<ul style="list-style-type: none"> ● Dificuldade ou parada respiratória ● Parada cardíaca ● Dor torácica aguda com dispneia ou cianose ● Traumatismo craniano ● Choque profundo ● Coma ● Hemorragia grave
URGENTE	Estas condições são graves, mas geralmente não perigosas se o suporte médico e o tratamento tiverem uma pequena demanda. O tratamento deve ter início num período entre 20 minutos e 2 horas.	<ul style="list-style-type: none"> ● Dor torácica sem associação à sintomas respiratórios ● Queimaduras ● Dor abdominal grave ● Náusea persistente, vômito e/ou diarreia ● Sangramento por qualquer orifício
NÃO EMERGENCIAL	Estas condições de prioridade mínima permitem uma demora maior para o atendimento médico sem prejuízo ao paciente. O atendimento deve ser realizado após todas as condições emergentes e urgentes terem sido atendidas.	<ul style="list-style-type: none"> ● Dor de cabeça moderada ● Queimaduras leves ● Corrimento vaginal ou peniano ● Infecções respiratórias superiores ou urinárias ● Fraturas menores, luxações e distensões ● Dor crônica nas costas ou outra queixa crônica

Fonte: adaptado de Barbieri⁽¹⁷⁾.

REFERÊNCIAS

1. Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco [Internet]. GBACR. História da classificação de risco, 2009 [acesso em 10 mar 2013]. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107.
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências. 3. ed. ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006., p. 236.
3. Lahdet FR, Suserud BO, Jonsson A, Lundberg L. *Analysis of triage worldwide*. Emergency Nursing. 2009; 17(4).
4. Ulhôa ML, Garcia FC, Lima CT, Santos DS, Castro PAA. A implementação de nova tecnologia: implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto atendimento de um hospital público de urgência e emergência. RGO. 2010; 3(1).
5. Duro LM, Lima MADS. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências: análise da literatura. Jornal Brasileiro de Enfermagem (Online). 2010; 9 (3):1-12.
6. Ministério da Saúde (BR). Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização- PNH. Cartilha da PNH: Acolhimento com Classificação de risco. Brasília (DF); 2004.
7. Ulbrich EM, Mantovani MF, Balduino AF, Reis BK. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. Cogitare. Enf. 2010; 15(2):286-92.
8. Coutinho AAP, Cecílio LC, Mota JAC. Classificação de risco em serviço de emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de Manchester. Rev. Med. Minas Gerais. 2012; 22(2).
9. Galvão CM, Swada NO, Trevisan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev Latino Americana de Enfermagem. 2004; 12(3):549-56.
10. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem; métodos, avaliação e utilização. Tradução Ana Thorell. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
11. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev. Bras. Fisioter. 2007; 11(1):83-9.
12. Souza V, Zeiton SS, Barros ALBL. Débito cardíaco diminuído: revisão sistemática das características definidoras. Acta paul. enferm. 2011; 42(1).
13. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12. Ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
14. Duncan BB, Chór D, Aquino EML, Bensenor IJM, Mill JG, Schimdt MI, Lotufo PA, Vigo A, Barreto SM. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil; prioridades para o enfrentamento e investigação. Rev. de Saúde Pública 2012; 46 (supl1):126-34.
15. Jorge VC, Barreto MS, Ferrer ALM, Santos EAQ, Rickli HC, Marcon SS. Enfermagem e indicadores de agravamento do paciente. Rev. Esc Anna Nery. 2012 out.-dez.; 16(4):767-74.
16. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de Acolhimento com classificação de risco. Política Municipal de Humanização. São Luís (MA): Ministério da Saúde; 2006.
17. Barbieri R. SOS Cuidados. 1. Ed. São Paulo: Editora Rideel; 2010.
18. Morton PG. Cuidados Críticos de Enfermagem: uma abordagem holística. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
19. Oliveira ARS, Costa AGS, Moreira RP, Cavalcante TF, Araújo TL. Diagnósticos de enfermagem: atividade/exercício em pacientes com acidente vascular cerebral. Rev. Enferm. UERJ. 2012; 20(2):221-8.
20. Vieira J, Moriguchi E. Conceito de Fatores de Risco-Hierarquia dos Principais Fatores de Risco e Suscetibilidade Individual para Diferentes Cardiopatias. In: GIANNINI, S; FORTI, N; DIAMENT, J. Cardiologia Preventiva: Prevenção Primária e Secundária. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu; 2000.
21. Laizo A. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - uma revisão. Rev. Port. Pneumol. 2009; 15(6).
22. Franco B, Rabelo ER, Goldmeyer S, Souza ENS. Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviços de emergência: implicações para a educação em saúde. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2008 mai./jun.; 16(3).