Guia de Bolso para Assistência de Enfermagem em Emergência



Cássia Regina Vancini Campanharo
Karina Aparecida Lopes da Costa
Luiz Humberto Vieri Piacezzi
Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes
Meiry Fernanda Pinto Okuno
Ruth Ester Assayag Batista

2ª Edição
Revista e Atualizada

Atheneu

Guia de Bolso para Assistência de Enfermagem em Emergência

2ª Edição
Revista e Atualizada



SAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO LEITOR

Tel.: 08000267753

www.atheneu.com.br

(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

Guia de Bolso para Assistência de Enfermagem em Emergência

2ª Edição
Revista e Atualizada

Cássia Regina Vancini Campanharo
Karina Aparecida Lopes da Costa
Luiz Humberto Vieri Piacezzi
Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes
Meiry Fernanda Pinto Okuno
Ruth Ester Assayag Batista

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2026

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123 – 13º andar
Conjuntos 133 e 134
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74 – lojas A e B
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Pré-Produção e Produção Gráfica: Equipe Atheneu

Capa: Márcio Alexandre Paranhos de Oliveira

Produção Editorial: RDL Produção Editorial

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

G971
2. ed.

Guia de bolso para assistência de enfermagem em emergência / Cássia Regina Vancini Campanharo ... [et al.]. - 2. ed. rev., atual. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2026.
il. ; 18 cm.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-85-388-1203-6

1. Enfermagem de emergência. I. Campanharo, Cássia Regina Vancini.

CDD: 610.736
25-100785.0 CDU: 616-083.98

Carla Rosa Martins Gonçalves - Bibliotecária - CRB-7/4782

25/09/2025 25/09/2025

Campanharo CRV, Costa KAL, Piacezzi LHV, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA.
Guia de Bolso para Assistência de Enfermagem em Emergência – 2ª edição

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2026.

capítulo 1

Fernanda Ayache Nishi
Gabriella Novelli Oliveira

Sistemas de Classificação de Risco

Introdução

Os Serviços de Emergência (SE) são organizados para identificar e iniciar o tratamento de agravos à saúde com risco de morte. Com o aumento da demanda, associado à complexidade das doenças, surgiram os sistemas de triagem, reconhecidos no Brasil como sistemas de classificação de risco, capazes de identificar e categorizar a prioridade de atendimento, buscando otimizar os recursos disponíveis para os pacientes mais graves.

As escalas de triagem foram aprimoradas e adotadas em hospitais de diversos países como uma ferramenta para identificar pacientes que precisavam ser atendidos, de acordo com sua gravidade, no menor intervalo de tempo possível. A princípio, alguns desses protocolos classificavam os pacientes em apenas três níveis de prioridade. No entanto, estudos evidenciaram que as escalas com cinco níveis apresentam maior acurácia na avaliação do grau de gravidade paciente. O *American College of Emergency Physicians* e a *Emergency Nurses Association* recomendam o uso de escalas com cinco níveis de prioridade.

Atualmente, a triagem nos SE pode ser compreendida como um processo de gestão de risco clínico, que permite manejar, de forma adequada e segura, os fluxos de atendimento quando a demanda e as necessidades clínicas superam os recursos disponíveis.

Protocolos de classificação de risco

A classificação de risco é um sistema de triagem baseado em protocolos bem definidos e preestabelecidos, que determina um tempo de espera seguro para cada paciente que chega à instituição, até que receba o atendimento médico inicial. Trata-se de uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor uma ordem de atendimento distinta da ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com elevado grau de risco; informar o paciente corressem risco imediato sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe; aumentar a satisfação do usuário e possibilitar a pactuação e construção de redes internas e externas de atendimento.

As escalas ou protocolos mais utilizados e reconhecidos internacionalmente são: Emergency Severity Index (ESI), Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Triage Acuity Scale (CTAS) e Manchester Triage System (MTS). De forma geral, essas escalas buscam atribuir um tempo de espera seguro para que os pacientes aguardarem a avaliação e o tratamento médico.

Emergency Severity Index

Emergency Severity Index (ESI) é utilizada nos Estados Unidos desde sua criação em 1998, pelos médicos Richard Wuerz e David Eitel, que acreditavam que o papel principal do serviço de triagem era promover a priorização dos pacientes com base na urgência do tratamento. O foco da escala está na triagem rápida, classificando os pacientes em cinco grupos diferentes. Caso o paciente não atenda os critérios ESI 1 ou ESI 2 (maior gravidade), a enfermeira segue a avaliação, analisando a quantidade de recursos diagnósticos ou terapêuticos, que possivelmente, serão necessários para então determinar a classificação do paciente como ESI 3, ESI 4 ou ESI 5.

Alguns dos recursos considerados pela escala são: exames laboratoriais (sangue, urina), exames de imagem (tomografia, ultrassom), medicação intravenosa, medicação intramuscular, medicação inalatória e consulta com médico especialista (Figura 1.1).

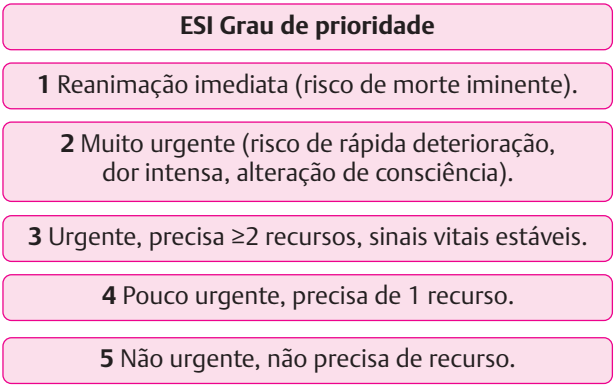

Figura 1.1 Emergency Severity Index.
Fonte: Emergency Nurse Association, 2023.

Australasian Triage Scale

Usada nos Serviços de Urgência e Emergência da Austrália desde 1994, a Australasian Triage Scale (ATS) foi posteriormente adotada também na Nova Zelândia. A avaliação envolve a combinação da queixa principal com a aparência geral do paciente, podendo incluir a observação de padrões fisiológicos pertinentes. O processo de classificação deve durar de 2 a 5 minutos (Quadro 1.1).

Quadro 1.1 Australasian Triage Scale.

Categoria	Atendimento médico	Descrição da categoria
Categoria 1 (cor vermelha)	Imediato	Risco imediato à vida
Categoria 2 (cor laranja)	< 10 minutos	Risco iminente à vida ou exigência de tratamento imediato
Categoria 3 (cor verde)	30 minutos	Potencial ameaça à vida/urgência
Categoria 4 (cor azul)	60 minutos	Situação de potencial urgência ou de complicações/gravidade importante
Categoria 5 (cor branca)	120 minutos	Menos urgente ou problemas clínicos administrativos

Fonte: Australasian College Emergency Medicine (ACEM), 2016.

Canadian Triage Acuity Scale

A *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (CTAS) é utilizada nos serviços de emergência em todo o Canadá desde a sua criação, em 1997, como a finalidade de classificar os pacientes de acordo com a gravidade dos sinais e sintomas apresentados. A avaliação é baseada na queixa principal e em dados como: descrição da dor, sinais vitais, aparência física, resposta emocional, histórico de uso de medicações e alergias. Assim como o ATS, o tempo estimado para a classificação é de 2 a 5 minutos (Quadro 1.2).

Manchester Triage System

A escala foi criada em 1994 pelo grupo de Manchester, com o objetivo de estabelecer um padrão de triagem no Reino Unido e promover a concordância entre médicos e enfermeiros.

O Manchester Triage System (MTS) é composto por 55 fluxogramas distintos que orientam o enfermeiro no processo de decisão durante a triagem. A partir da queixa principal que

Quadro 1.2 Canadian Triage Acuity Scale.

Categoria	Tempo-alvo para avaliação médica	Descrição da categoria
Nível 1	Imediato	Ressuscitação: risco iminente de deterioração das funções vitais
Nível 2	Até 15 minutos	Emergência: condição que ameaça à vida e requer intervenção rápida
Nível 3	Até 30 minutos	Urgente: condição potencial de evolução para sérias complicações
Nível 4	Até 60 minutos	Pouco urgente: condição potencial de evolução para complicação ou relacionada à idade do paciente
Nível 5	Até 120 minutos	Não urgente: condição aguda ou crônica que não apresenta risco para deterioração das funções vitais

Fonte: Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2008; Canadian Association of Emergency Physicians. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines.

motivou a busca pelo serviço de emergência, o enfermeiro deve selecionar um dos 55 fluxogramas. Com base nesse fluxograma, classifica-se o grau de risco do paciente, após uma breve avaliação clínica e coleta de parâmetros específicos, que variam conforme o fluxograma adotado (Quadro 1.3).

Classificação de risco no Brasil

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa QualiSUS e a Política Nacional de Humanização (PNH), denominada HumanizaSUS. Um dos pilares dessa política foi o acolhimento com avaliação e classificação de risco, adotado como uma ferramenta decisiva na reorganização da saúde em rede. A partir dessa política, o termo triagem foi substituído pela expressão "acolhimento com avaliação e classificação de risco".

Quadro 1.3 Manchester Triage System.

Número	Nome	Cor	Tempo-alvo (minutos)
1	Emergência	Vermelho	0
2	Muita urgência	Laranja	10
3	Urgência	Amarelo	60
4	Pouca urgência	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Nota Técnica GBCR – Prioridade Clínica e Prioridade Social. [Acesso em: 10 fev. 2022]. Disponível em: https://www.gbcr.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Nota-Tecnica-GBCR-preferencia-social-X-preferencia-clinica-1.pdf.

Quadro 1.4 Principais características das escalas internacionais.

Parâmetros	Australasian Triage Scale	Manchester Triage System	Canadian Triage Acuity Scale	Emergency Severity Index
Tempo para entrar em contato com o médico em minutos	Categoria 1 – Imediato Categoria 2 – 10 minutos Categoria 3 – 30 minutos Categoria 4 – 60 minutos Categoria 5 – 120 minutos	Vermelho — Imediato Laranja – 10 minutos Amarelo – 60 minutos Verde – 120 minutos Azul – 240 minutos	Nível I – Imediato Nível II – 15 minutos Nível III – 30 minutos Nível IV – 60 minutos Nível V – 120 minutos	Categoria 1 – Imediato Categoria 2 – 15 minutos Categoria 3 —— Categoria 4 —— Categoria 5 ——
Retriagem	Não especificado	É requerida	I: constante II:15 minutos III: 30 minutos IV: 60 minutos V: 120 minutos	É requerida
Discriminadores clínicos	Sim	Sim	Sim	Não

(Continua)

Quadro 1.4 Principais características das escalas internacionais. *(Cont.)*

Parâmetros	Australasian Triage Scale	Manchester Triage System	Canadian Triage Acuity Scale	Emergency Severity Index
Sinais vitais	Sim	Sim	Sim	Sim
Escala de dor	Não	Escala – três pontos	Escala – 10 pontos	Escala visual analógica
Uso de recursos	Não	Não	Não	Sim
Casos pediátricos	Algoritmo específico	Algoritmo específico	Versão especial da escala usado para crianças	Leva em consideração os sinais vitais, para diferenciar entre ESI 2 e ESI 3; febre Critério para crianças < 24 meses
Implementação e material de treinamento	Limitado	Sim	Sim	Sim

Fonte: Hinson et al., 2019; Zachariasse et al., 2019; Dtsch Arztebl et al., 2010.

O protocolo de classificação de risco preconizado pelo MS utiliza quatro níveis de prioridade. Trata-se de um processo decisivo de identificação dos pacientes que precisam de tratamento imediato, com base no grau de agravo à saúde, seguindo um protocolo preestabelecido. O profissional indicado para realizar essa avaliação é o enfermeiro.

No entanto, a simples realização da classificação de risco, de forma isolada, não garante a melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para viabilizar o processo, com a elaboração de fluxos claros conforme o grau de risco (Quadro 1.5).

Quadro 1.5 Escala proposta pelo Ministério da Saúde.		
Vermelho	**Emergência** – atendimento imediato	Prioridade zero
Amarelo	**Urgência** – atendimento o mais rápido possível	Prioridade 1
Verde	Prioridade não urgente	Prioridade 2
Azul	**Consultas de baixa complexidade** – atendimento de acordo com o horário de chegada	Prioridade 3

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS.

Bibliografia

Australasian College for Emergency Medicine. Guidelines on the Implementation of the ATS in Emergency Departments. [Acesso em: 05 nov. 2021]: Disponível em: https://acem.org.au/getmedia/51dc74f7-9ff-0-42ce-872a-0437f3db640a/G24_04_Guidelines_on_Implementation_of_ATS_Jul-16.aspx

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS – Acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS – Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Canadian Association of Emergency Physicians. Implementation Guidelines. [Acesso em: 05 maio 2015]. Disponível em: http://caep.ca/resources/ctas/implementation-guidelines#goals-of-triage

Canadian Association of Emergency Physicians. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. [Acesso em: 10 maio 2015]. Disponível em: http://www.cjem-online.ca/sites/default/files/pg136(3)(1).pdf.

Challen K. How good is triage, and what is it good for? Emerg Med J. 2017; 34(11):702.

Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern Triage in the Emergency Department. Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int. 2010;107(50):892-8.

Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. 2012 edition. AHRQ Pub-

lication Nº 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. November 2011.

Hinson JS, Martinez DA, Cabral S, George K, Whalen M, Hansoti B, et al. Triage Performance in Emergency Medicine: A Systematic Review. Ann Emerg Med. 2019;74(1):140-52.

Kuriyama A, Urushidani S, Nakayama T. Five-level emergency triage systems: variation in assessment of validity. Emerg Med J. 2017;34(11):703-10.

Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency Triage: Manchester Triage Group. 3rd ed. Hoboken: Wiley; 2013.

Soler W, Gomez MM, Bragulat E, Avarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra. 2010;33(suppl.1): 55-68.

Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(1):144-51.

Toledo AD. Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal de Belo Horizonte. [tese de mestrado] Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. 138p.

Zachariasse JM, van der Hagen V, Seiger N, Mackway-Jones K, van Veen M, Moll HA. Performance of triage systems in emergency care: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2019;9(5):e026471.