

CENTRO PAULA SOUZA
Etec CEL. FERNANDO FEBELIANO DA COSTA
Técnico em Enfermagem

Gessiele Gaudencio Oliveira
Helaine de Sousa
Rebeca da Silva Maciel

**A IMPORTÂNCIA DOS SINAIS VITAIS: Orientação para a
classificação de risco na área da saúde**

Piracicaba
2025

Gessiele Gaudencio Oliveira
Helaine de Sousa
Rebeca da Silva Maciel

**A IMPORTÂNCIA DOS SINAIS VITAIS: Orientação para a
classificação de risco na área da saúde**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Técnico em Enfermagem da Etec Cel. Fernando Febeliano da Costa, orientado pela professora Ângela Marcia Fossa, como requisito parcial para obtenção do título de técnico em Enfermagem.

Piracicaba
2025

Gessiele Gaudencio Oliveira

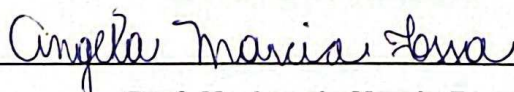
Helaine de Sousa

Rebeca da Silva Maciel

**A IMPORTÂNCIA DOS SINAIS VITAIS: Orientação para a
classificação de risco na área da saúde**

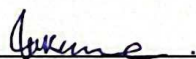
Aprovado em: 14 de novembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA




**Prof. Ms Angela Marcia Fossa
Orientadora**

ETEC FERNANDO FEBELIANO DA COSTA



**Prof. Maria Goreti Pereira Leite Nakamura
Examinadora**

ETEC FERNANDO FEBELIANO DA COSTA



Prof. MARISA SERRAT GOMES IEMBO DUMIT

Examinadora

ETEC FERNANDO FEBELIANO DA COSTA

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a todas as mulheres fortes que enfrentam suas jornadas com coragem, resiliência e amor.

Às que se reinventam todos os dias para dar conta das responsabilidades, dos sonhos e dos desafios.

Àquelas que, mesmo cansadas, continuam.

Que lutam, que cuidam, que persistem.

Este TCC é fruto de esforço, mas também é reflexo da força que vimos e vemos em tantas mulheres incríveis ao nosso redor.

Que essa conquista represente não só um final, mas um novo começo para todas nós que seguimos firmes, apesar de tudo.

AGRADECIMENTO

Agradecemos, em primeiro lugar, a Deus, por nos sustentar em cada passo e por nunca permitir que não desistíssemos mesmo nos momentos mais difíceis.

Agradecemos também aos professores e orientadores que nos guiaram com paciência e sabedoria, contribuindo para nossa formação acadêmica e pessoal.

E, por fim, a nós mesmos, por não termos desistido. Por termos enfrentado os dias difíceis e, apesar de tudo, termos seguido em frente. Esta conquista é de todos que, de alguma forma, caminharam ao nosso lado.

Obrigada!

A IMPORTÂNCIA DOS SINAIS VITAIS: Orientação para a classificação de risco na área da saúde

RESUMO

A desinformação dos usuários das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) sobre os critérios de classificação de risco é um fator que frequentemente gera conflitos e insatisfação. Essa situação se deve ao desconhecimento de que o Protocolo de Manchester prioriza os casos pela gravidade clínica, e não pela ordem de chegada, sendo a avaliação dos sinais vitais (SSVV) um elemento essencial na triagem. O presente trabalho objetivou analisar a importância da avaliação dos SSVV no processo de classificação de risco nas UPAs. A metodologia utilizada consistiu em um estudo de natureza qualitativa, de caráter educativo e interventivo, desenvolvido por meio da criação e aplicação de um material educativo audiovisual sobre o funcionamento da classificação de risco. A intervenção foi realizada junto a 30 estudantes de um curso técnico, e a efetividade das ações foi mensurada por um questionário aplicado antes e após a palestra. Os resultados demonstraram o valor da intervenção: se antes 41,4% dos estudantes não sabiam o que era classificação de risco, após a aplicação do material, 72,7% dos participantes relataram ter entendido perfeitamente a importância da classificação de risco. Constatou-se que a compreensão clara do processo colabora significativamente para evitar desentendimentos e confusões nas UPAs. O desenvolvimento desse material educativo se configura como uma estratégia fundamental para conscientizar os usuários e promover um funcionamento mais justo e harmonioso das unidades de saúde.

Palavras-chave: Acolhimento. Protocolo de Manchester. Triagem. UPAs.

THE IMPORTANCE OF VITAL SIGNS: Guidance for risk classification in healthcare

ABSTRACT

The misinformation among users of Emergency Care Units (UPAs) regarding risk classification criteria is a factor that frequently generates conflict and dissatisfaction. This situation is often due to the lack of awareness that the Manchester Triage Protocol prioritizes cases based on clinical severity, not on the order of arrival, with the assessment of vital signs (VS) being a crucial element in the triage process. This study aimed to analyze the importance of VS assessment in the risk classification process at UPAs. The methodology consisted of a qualitative study, with an educational and interventional nature, developed through the creation and application of an audiovisual educational material on the functioning of risk classification. The intervention was carried out with 30 technical course students, and the effectiveness of the actions was measured by a questionnaire applied before and after the lecture. The results demonstrated the value of the intervention: while 41.4% of the students initially lacked knowledge about risk classification, after the material was applied, 72.7% of the participants reported having perfectly understood the importance of risk classification. It was verified that a clear understanding of the process significantly contributes to preventing misunderstandings and confusion at UPAs. The development of this educational material is a fundamental strategy for raising user awareness and promoting a fairer and more harmonious functioning of healthcare units.

Keywords: Welcoming. Manchester Triage Protocol. Triage. UPAs

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Tabela de Classificação de Risco. Fonte: ASCOM (2023).....	16
Figura 2 - Termômetros. Fonte: Elaborado pelas autoras, com elementos do Canva (2025).....	20
Figura 3 - Oxímetro. Fonte: Elaborado pelas autoras, com elementos do Canva (2025).....	21
Figura 4 - Aparelho Esfigmomanômetro Aneróide e Esfigmomanômetro Digital. Fonte: Elaborado pelas autoras, com elementos do Canva (2025).....	22
Figura 5 - Estetoscópio. Fonte: Elaborado pelas autoras, com elementos do Canva (2025).....	23

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	Objetivo Geral	9
1.2	Objetivos específicos.....	10
1.3	Justificativa.....	10
2	METODOLOGIA	12
2.1	Fundamentação Teórica.....	12
2.2	Local e População do Estudo.....	12
2.3	Desenvolvimento da Atividades Educativas	12
2.4	Instrumento de Avaliação	12
2.5	Análise dos Dados	13
2.6	Considerações Éticas.....	13
3	DESENVOLVIMENTO	14
3.1	Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência	14
3.2	Acolhimento com classificação de risco.....	15
3.3	Protocolos de Classificação de Risco	15
3.3.1	Protocolo de Manchester	16
3.4	Sinais Vitais.....	18
3.4.1	Parâmetros dos Sinais Vitais	18
3.4.2	Temperatura Corporal	19
3.4.3	Saturação de Oxigênio	20
3.4.4	Pressão Arterial	21
3.4.5	Frequência Cardíaca	22
3.4.6	Dor	23
3.5	O papel do enfermeiro na classificação de risco.....	24
4	Resultados e Discussão	26
4.1	Perfil dos participantes	26
4.2	Conhecimento prévio sobre SSVV e CR	26
4.3	Impacto da intervenção educativa.	27
4.4	Discursão da desinformação a compressão	27
5	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) constituem importante porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e são essenciais para o atendimento de urgência e emergência, apresentando crescente demanda.

No entanto, esses serviços enfrentam desafios significativos devido à falta de conhecimento dos usuários sobre os critérios de classificação de risco. Essa desinformação frequentemente gera conflitos e insatisfação, dificultando o funcionamento eficiente do sistema de saúde.

Muitos usuários acreditam que o atendimento deve seguir a ordem de chegada, sem compreender que o Protocolo de Manchester adota a priorização dos casos conforme a gravidade clínica.

Os sinais vitais (SSVV) são indicadores do estado de saúde e do funcionamento dos sistemas circulatório, neurológico e endócrino do organismo. As medidas de rotina mais frequentemente utilizadas nas unidades de pronto atendimento incluem a aferição da pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e saturação de oxigênio. A dor, enquanto sintoma subjetivo, é considerada um sinal vital, sendo mensurada com os demais (POTTER, 2024), constituindo parâmetros fisiológicos fundamentais para o monitoramento clínico. Esses valores podem revelar alterações que indicam desde desequilíbrios simples até emergências clínicas graves (POTTER; CHESTER, 2011).

Os sinais vitais desempenham um papel crucial na classificação de risco no Protocolo de Manchester, um dos sistemas mais utilizados mundialmente para triagem de pacientes em serviços de urgência e emergência. Esse protocolo organiza o atendimento médico com base na necessidade clínica do paciente, garantindo que os casos mais graves recebam prioridade.

1.1 Objetivo Geral

Analisar a importância da avaliação dos sinais vitais no processo de classificação de risco nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), destacando sua contribuição para a segurança do paciente, a priorização clínica e a orientação humanizada da população usuária.

1.2 Objetivos específicos

Desenvolver material educativo audiovisual sobre o funcionamento da classificação de risco baseada em sinais vitais nas UPAs, visando a orientar a população usuária e contribuir para a redução de conflitos relacionados ao tempo de espera.

- Explicar à população o que são sinais vitais e como são utilizados na prática clínica.
- Esclarecer como os sinais vitais contribuem para a priorização clínica.
- Informar sobre o funcionamento dos protocolos de classificação de risco, especialmente o Protocolo de Manchester.
- Fortalecer o papel do técnico de enfermagem na escuta ativa e orientação do usuário.
- Estratégias para melhorar a comunicação com os usuários do serviço, reduzindo conflitos relacionados ao tempo de espera.

1.3 Justificativa

A grande maioria das pessoas leigas desconhece o conceito de a importância dos sinais vitais (SSVV) bem como desconhece o funcionamento da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

A estratégia de triagem e classificação de risco permite ao enfermeiro avaliar a gravidade do quadro clínico, priorizar atendimentos e garantir a continuidade e eficácia das intervenções. Trata-se de um processo dinâmico, voltado para a identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, os agravos à saúde e o grau de sofrimento. O atendimento deve basear-se na gravidade clínica do paciente, e não na ordem de chegada ao serviço, garantindo uma abordagem mais eficiente e equitativa.

Grande parte da população desconhece o conceito e a implicação dos SSVV, bem como o funcionamento do sistema de classificação de risco. Isso pode levar a incompreensões e conflitos com as equipes população em contextos de alta demanda e espera prolongada. As frustrações das expectativas dos usuários geram

insatisfações podem evoluir para a situação de desacato e até violência contra o profissional de saúde.

Neste contexto, o material educativo, constitui estratégia fundamental para esclarecimento e conscientização dos usuários sobre critérios técnicos que fundamentam a priorização dos atendimentos.

2 METODOLOGIA

Este trabalho constitui-se como um estudo de natureza qualitativa e de caráter educativo-interventivo, desenvolvido através de ações de educação em saúde junto à comunidade escolar e fundamentado em revisão da literatura científica.

2.1 Fundamentação Teórica

O embasamento científico do estudo foi construído através de revisão narrativa da literatura, com consultas realizadas em bases de dados reconhecidas na área de saúde, incluindo Google Acadêmico, SciELO, biblioteca Virtual em Saúde, portais do COFEN e COREN. Esta etapa permitiu a construção do referencial teórico necessário para fundamentar as ações educativas propostas.

2.2 Local e População do Estudo

O estudo foi desenvolvido em ETEC CEL. Fernando Febeliano da Costa, localizada em Piracicaba, em outubro/2025. Os sujeitos são estudantes do curso técnico em mecatrônica da referida instituição, totalizando aproximadamente 30 participantes, por representarem um público leigo jovem e pela disponibilidade de horário para aplicação do questionário e apresentação dos resultados.

2.3 Desenvolvimento da Atividades Educativas

As atividades educativas foram planejadas e executadas com base nas evidências científicas identificadas na literatura, seguindo uma abordagem participativa e dialógica. A intervenções incluíram a utilização de recursos audiovisuais e materiais didáticos apropriados ao público-alvo. Fez-se um vídeo audiovisual explicativo de maneira simples e clara sobre como funciona a Classificação de Risco, para ser implantada nas UPAs, com esclarecimentos. Dessa forma, espera-se que esses esclarecimentos atinjam os usuários de maneira positiva.

2.4 Instrumento de Avaliação

Para mensurar a efetividade das ações educativas e coletar as percepções dos participantes, foi elaborado um questionário estruturado, aplicado através da plataforma digital Google Forms. O instrumento contemplou questões relacionada a conhecimento prévios, aprendizado adquirido e satisfação com as atividades.

2.5 Análise dos Dados

Os dados coletados foram organizados e analisados descritivamente, apresentando-se os resultados em tabelas contendo as frequências relativas e absolutas de cada resposta.

2.6 Considerações Éticas

Todas as atividades foram desenvolvidas respeitando os preceitos éticos, com participação voluntária e consentida dos envolvidos. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade das informações coletadas, bem como o direito de desistência a qualquer momento.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência

A classificação de risco (CR) e a triagem nos serviços de urgência e emergência prestados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) é fundamental para que o atendimento seja rápido e eficiente. A CR auxilia na realização de uma avaliação inicial cuidadosa e no oferecimento de um suporte humanizado, otimizando os recursos disponíveis e assegurando que os pacientes em condições mais críticas recebam atenção prioritária. Ao direcionar o atendimento pela gravidade clínica, e não pela ordem de chegada, a CR contribui significativamente para a segurança e a qualidade dos serviços prestados (FEITOSA et al., 2024).

Historicamente, a CR tem raízes em práticas militares, adaptadas ao longo do tempo para o contexto da saúde civil, com o objetivo de otimizar os recursos hospitalares e priorizar atendimentos graves. No Brasil, o Protocolo de Manchester é amplamente utilizado, categorizando pacientes em cinco níveis de urgência, cada um com uma cor que representa o tempo adequado para atendimento conforme a necessidade clínica do paciente (PEREIRA; FERREIRA, 2020).

Segundo Hermida (2018), para que o processo de CR ocorra com maestria, foi implantado o Protocolo de Manchester a fim de classificar cada paciente de acordo com sua real necessidade. A classificação funciona com um conjunto de cores e tempo, onde o vermelho é considerado emergência (o atendimento deve ser imediato), o laranja é visto como muito urgente (o atendimento deve ser em até 10 minutos), o amarelo é classificado como urgente (o atendimento pode ser feito em até 60 minutos), o verde é considerado pouco urgente (o usuário pode aguardar até 120 minutos) e o azul é tido como não urgente, podendo aguardar até 240 minutos (BENVINDO; MARTINS, 2022).

A distinção entre emergência, que demanda ação imediata, e urgência, que pode evoluir para emergência se não atendida prontamente, é essencial para assegurar a eficácia do sistema e oferecer respostas rápidas a cada caso (LACERDA et al., 2019).

3.2 Acolhimento com classificação de risco

O atendimento nas UPAs exige muita atenção governamental, pois é a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) para usuários em busca de atendimento a urgências e emergências. Tendo em vista a grande procura e necessidade de mudanças surge no Brasil, a partir da Política Nacional de Humanização (PNH) de 2004, o acolhimento com classificação de risco (ACCR), com o objetivo de reorganizar o fluxo de atendimento em unidades de urgência e emergência por meio de um processo que combine o acolhimento inicial do usuário com a priorização clínica de sua condição (BRASIL, 2004).

Nesse modelo, após o usuário ser recepcionado, utiliza-se um ordenamento estratificado em cores — vermelho, amarelo, verde e azul — que indicam graus decrescentes de risco e guiam a agilidade do atendimento, tornando-o mais ágil, seguro e humanizado (BRASIL, 2009).

Do ponto de vista dos usuários, a adoção do ACCR tem se mostrado vantajosa especialmente pela otimização do tempo de espera e pelo fornecimento de informações claras sobre o horário provável de atendimento. Depoimentos coletados revelam que os pacientes percebem maior segurança e satisfação quando sabem que, quanto maior o risco atribuído, mais rápido serão atendidos, e que mesmo aqueles de menor gravidade sentem-se mais tranquilos ao receber uma estimativa de tempo de espera (OLIVEIRA et. al., 2017).

Para tornar o ACCR ainda mais sensível às diferentes urgências clínicas, diversos serviços incorporam o Protocolo de Manchester (Figura 1), que acrescenta uma quinta cor laranja para os casos classificados como “muito urgentes”, situando-os entre as urgências (amarelo) e as emergências (vermelho). O Protocolo de Manchester acoplado ao ACCR permite uma diferenciação mais refinada e, conseqüentemente, uma priorização mais adequada dos atendimentos (PINTO JÚNIOR et al. 2012).

3.3 Protocolos de Classificação de Risco

O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco com um protocolo direcionador (COFEN-MG, 2007). De forma geral, tem sido recomendada a utilização de escalas/protocolos que estratifiquem o risco em cinco

níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente (GORANSSON, 2005). Dentre as escalas/protocolos, pode-se citar: a escala norte-americana- Emergency Severit Index (ESI), escala australiana – Australasian Triage Scale (ATS), o protocolo canadense – Canadian Triage Acuity Scale (CTAS©) e o protocolo inglês – Manchester Triage System – protocolo de Manchester (GRUPO DE TRIAGEM DE MANCHESTER, 2002).



Figura 1 - Tabela de Classificação de Risco. Fonte: ASCOM (2023).

3.3.1 Protocolo de Manchester

O Protocolo de Manchester foi criado pelo médico e professor britânico Dr. Kevin Mackway-Jones e foi implementado originalmente no Manchester Royal Infirmary, na cidade de Manchester, em 1997. Ele é composto por 52 condições clínicas pré-definidas, cada uma associada às suas respectivas orientações ou fluxos, correspondentes aos diferentes níveis de classificação de risco ou triagem. As classificações são codificadas por cores, organizadas de acordo com o nível de gravidade e o risco da apresentação clínica (SACOMAN et al., 2019).

No Brasil, o Protocolo de Manchester constitui o modelo de classificação de risco mais utilizado, empregando um esquema de cores para indicar a gravidade dos casos. Segundo esse protocolo, os pacientes são categorizados em cinco níveis – vermelho, laranja, amarelo, verde e azul –, em que vermelho identifica os casos mais críticos, e a azul, os de menor gravidade. O intuito é buscar, de maneira mais justa, a prioridade de atendimento aos pacientes, conseqüentemente melhorando o fluxo nas unidades de atendimento (BRASIL, 2004).

As UPAs e demais serviços de pronto atendimento hospitalar têm se tornado cada vez mais uma porta de entrada para os serviços de atendimentos do sistema único de saúde. Devido essa crescente demanda se faz necessária a implantação de protocolos capazes de organizar e realizar triagens para que o atendimento seja prestado primeiramente a quem precisa mais (SOUZA; ANDRADE, 2014).

De acordo com Ganley e Gloster (2011), a classificação de risco, também conhecida como triagem, é um processo dinâmico que identifica e distribui os usuários, permitindo direcioná-los ao serviço ou ambiente de cuidado mais adequado para que recebam tratamento em tempo oportuno, sendo assim uma boa aliada como ferramenta de atenção à saúde permitindo que os indivíduos com causas mais graves tenham prioridade no recebimento do cuidado.

Dessa forma, sistemas de classificação de risco (SCRs), como o de Manchester, priorizam o acesso aos cuidados necessários de forma oportuna para os casos mais urgentes, contrariando a lógica de atendimento sequencial baseada na ordem de chegada. Os SCRs permitem o contato mais precoce possível com os profissionais de saúde, permitindo que a variável tempo seja gerenciada por meio da rápida identificação do problema e da definição dos fluxos e processos necessários para garantir o acesso adequado aos cuidados (GUEDES et al., 2015).

O Protocolo de Manchester é um instrumento fundamental voltado especialmente para gestão dos serviços de urgência no Brasil e no mundo, no qual os pacientes são classificados na triagem por meio de escalas de cores, utilizando como suporte os sinais e sintomas, analisando assim o nível de agravamento e o tempo estimado de espera até o seu atendimento. Essa classificação de risco tem como objetivo privilegiar o atendimento dos doentes de acordo com a sua complicação clínica apresentada no setor de pronto atendimento, além de colaborar para um cuidado mais humanizado (SILVA; SILVA, 2022).

3.4 Sinais Vitais

Os sinais vitais apresentam o funcionamento das funções do corpo, são importantes para decidir o estado de saúde de um indivíduo. Sua importância reside no fato de que eles são os melhores indicadores de alterações que afetam a eficiência do funcionamento dos sistemas circulatório, respiratório, renal ou endócrino. Os sinais vitais são definidos como parâmetros do funcionamento regular dos órgãos vitais e como sistema de verificação e análise da pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, dor e frequência respiratória (MURTA; SALCI, 2019)

A vigilância dos sinais vitais é um hábito simples, de baixo custo e uma das formas mais importantes para verificar sinais de deterioração clínica em doentes hospitalizados (KELLETT; SEBAT, 2017; SMITH et al., 2019). O reconhecimento dos sinais vitais diferentes deve ser realizado e registrado perfeitamente pelos profissionais que prestam assistência ao paciente (JOHNSON, 2016; SMITH et al., 2017).

A aferição apropriada dos Sinais Vitais (SSVV) nos serviços de urgência e emergência contribui para a prevenção de danos e a detecção precoce de eventos que possam afetar a qualidade das ações prestadas, auxiliando, ainda, na redução dos riscos, ao mínimo aceitável, de danos desnecessários associados à assistência à saúde (WHO, 2009).

As alterações da função corporal geralmente se refletem na temperatura do corpo, na pulsação, na respiração e na pressão arterial, podendo indicar enfermidade (TIMBY, 2001). Por isso, os profissionais da área da saúde precisam estar atentos a qualquer mudança nos sinais vitais do paciente, pois esta pode ter agravamentos e prejudicar o bem-estar deste.

3.4.1 Parâmetros dos Sinais Vitais

A avaliação dos SSVV, devem ser feitas com o mesmo cuidado independente da classe de idade. Seus valores podem ser tecnicamente examinados com o auxílio de esfigmomanômetros e estetoscópios (CUNHA, 2011). Conforme consta nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2010), as medidas de pressão arterial (PA) são favoráveis quando a pressão arterial sistólica se apresenta com valores abaixo de 130 mmHg e a pressão arterial diastólica com valores abaixo de 85 mmHg.

A frequência cardíaca (FC) é frequentemente avaliada pelo pulso radial por um período de 60 segundos e a sua normalidade se mostra na faixa de 60-100 batimentos por minuto. A frequência respiratória (FR) tem significado semiológico quando superior a 24 incursões respiratórias por minuto (CUNHA, 2011). A temperatura corporal mostra faixa de normalidade entre 36 à 37 °C (SEMAN, 2011).

A dor é cada vez mais reconhecida como um sinal vital crucial, referido como o “quinto sinal vital”, parte integrante da avaliação e tratamento do paciente em contextos de enfermagem. Esse reconhecimento surge do reconhecimento de que a dor é um sintoma comum em várias condições de saúde, necessitando de sua avaliação para o tratamento abrangente do paciente (ARAUJO; ROMERO, 2015; LYNCH, 2001).

Para uma melhor compreensão separou-se os aparelhos utilizados para aferição dos sinais vitais. São esses: aparelho que aferem a temperatura corporal; que aferem pulsação; que aferem a respiração; produtos que aferem a pressão arterial; e que aferem o conjunto de sinais vitais.

3.4.2 Temperatura Corporal

Segundo Laganá et al. (1992) menciona que o termo temperatura é usado para explicar os fenômenos de calorimetria na física, é um dado relativo que leva em consideração o calor gerado e o calor perdido, independentemente de ser um objeto inanimado ou um ser vivo.

A temperatura corporal é um dos dados clínicos mais significativos e usuais no dia a dia hospitalar para determinar a situação de saúde dos pacientes internados. Os profissionais da saúde, principalmente da enfermagem são os responsáveis por essa aferição. Segundo Piovesan (2001), este dado clínico é averiguado, no mínimo, uma vez a cada turno de trabalho, com um termômetro (Figura 2), então, a verificação para pacientes considerados saudáveis é, em média, três vezes ao dia, a cada troca de plantão da equipe.



Figura 2 - Termômetros. Fonte: Elaborado pelas autoras, com elementos do Canva (2025).

A temperatura corpórea considerada ideal varia entre 36 e 36,7 °C, segundo a Organização Mundial da Saúde (2020). É importante levar-se em consideração que ela pode ser mais baixa pela manhã e mais alta no fim da tarde ou à noite. Modificações de até um grau podem ser totalmente aceitáveis em condições normais.

3.4.3 Saturação de Oxigênio

A oxigenação do sangue é um processo vital para cada célula do corpo humano e a inexistência prolongada de oxigenação pode resultar na morte dessas células. Esse processo de oxigenação inicia quando o ar é inspirado pelas vias respiratórias até chegar aos pulmões. É nos pulmões que ocorre a troca do gás carbônico por oxigênio no sangue (WEBSTER, 1997).

Segundo a OMS (2021), uma pessoa saudável, com oxigenação apropriada do corpo, habitua ter uma saturação média de oxigênio acima de 95%. Porém, é comum que, por condições como gripes ou resfriados, a saturação fique entre os 90 e os 95%. Nesses casos, esses valores não devem ser causa de preocupação.

O método mais adequado e utilizado nos dias de hoje para a medição do nível de oxigênio no sangue é através de um dispositivo chamado de oxímetro de pulso (Figura 3). Esse dispositivo utiliza o fato de o sangue não possuir uma cor homogênea, ou seja, os diferentes componentes do sangue possuem diferentes níveis de absorção da luz (TOWNSEND, 2001). A principal diferença entre o nível de oxigenação

saudável e o não saudável está na variação da absorção de luz entre o sangue sem oxigênio e o sangue oxigenado.



Figura 3 - Oxímetro. Fonte: Elaborado pelas autoras, com elementos do Canva (2025).

3.4.4 Pressão Arterial

A pressão arterial é como um jogo de “empurra-empurra” entre o sangue e as artérias. O sangue precisa chegar a todas as partes do corpo e para isso, o coração funciona como uma bomba. Então, para o sangue continuar circulando, é necessário que ele exerça uma pressão sobre a parede interna das artérias, os vasos por sua vez, oferecem certa resistência a essa passagem. É assim que se determina a pressão arterial. Quando tudo está executando bem, todas as células recebem suas cotas de oxigênio e nutrientes (SILVA, 2016).

O esfigmomanômetro aneroide (Figura 4) é um aparelho utilizado somente por profissionais da área da saúde para aferir a pressão arterial, sendo considerado um dos métodos mais confiáveis para avaliar esse valor fisiológico (REIS, 2019). São utilizados, normalmente com o auxílio de um estetoscópio, visto que é necessário enviar os sons resultantes dessa aferição para entendê-la.



Figura 4 - Aparelho Esfigmomanômetro Aneróide e Esfigmomanômetro Digital. Fonte: Elaborado pelas autoras, com elementos do Canva (2025).

É necessário entender os números que são mostrados a partir da aferição. O primeiro número que aparece, mede a pressão durante o momento do batimento cardíaco. Referindo-se ao movimento de sístole e indicando a força com que o coração bombeia o sangue.

Já o segundo número indica o movimento de diástole, ou seja, a força que acontece nos vasos sanguíneos do corpo durante os batimentos cardíacos, quando o coração relaxa e se enche de sangue novamente, para reiniciar esse movimento. Assim, se os valores ficarem acima da média, isso significa que o indivíduo está sofrendo de pressão alta (PEDROSA; DRAGER, 2017).

A pressão arterial saudável ideal para um adulto que está em repouso abaixo de 140/40 mmHg, sendo o ótimo em torno de 120/80 mmHg, segundo a Organização Mundial da Saúde (2020). Já os valores específicos, a faixa sistólica normal costuma variar entre 120 mmHg a 140 mmHg e a faixa diastólica varia entre 80 à 90 mmHg.

3.4.5 Frequência Cardíaca

Como já citado anteriormente, a pulsação (frequência cardíaca) é a elevação palpável do fluxo sanguíneo. Essa elevação palpável pode ser observada em qualquer lugar do corpo onde possa ser detectada pulsação arterial, ou seja, nos locais onde existem artérias que transmitem os pulsos para a superfície da pele (MURTA, 2006).

Para aferir a pulsação deve-se contar os batimentos cardíacos no decorrer de um minuto completo. Para isso os profissionais da saúde podem contar com um

dispositivo conhecido como estetoscópio que amplifica diversos sinais sonoros, inclusive o sinal dos batimentos cardíacos (Figura 5).



Figura 5 - Estetoscópio. Fonte: Elaborado pelas autoras, com elementos do Canva (2025).

3.4.6 Dor

A dor é uma experiência complexa e subjetiva que serve como um sinal vital indicando possíveis danos ou lesões ao corpo. É frequentemente descrita como uma experiência sensorial e emocional desagradável, que pode variar em intensidade, duração e qualidade. A dor pode ser aguda, surgindo repentinamente em resposta a uma lesão ou doença, ou crônica, persistindo por um período mais longo, frequentemente associada a problemas de saúde contínuos (PARK; FULTON; SENTHURAN, 2000).

A dor é cada vez mais reconhecida como um sinal vital, muitas vezes referida como o “quinto sinal vital”, que desempenha um papel crucial na avaliação e tratamento de pacientes em unidades de enfermagem. Esse reconhecimento decorre do entendimento de que a dor é um sintoma prevalente em várias condições de saúde, necessitando de sua avaliação para garantir um atendimento abrangente ao paciente (ARAUJO; ROMERO, 2015; LYNCH, 2001).

Ao incorporar a avaliação da dor nas verificações rotineiras dos sinais vitais, os enfermeiros podem avaliar melhor o nível de conforto e a resposta fisiológica do paciente ao tratamento, melhorando assim a tomada de decisões clínicas (METERSKY, 2025).

O manejo eficaz da dor está intimamente ligado às decisões clínicas, pois os enfermeiros devem lidar com vários fatores, incluindo a comunicação com o paciente, o momento da medicação e as considerações éticas em torno do alívio da dor (FERRELL et al., 1991). Barreiras como o conhecimento inadequado entre os profissionais de saúde e a relutância do paciente em relatar dor podem impedir o tratamento eficaz da dor, ressaltando a importância de tratar a dor como um componente crítico da avaliação do paciente (LYNCH, 2001).

3.5 O papel do enfermeiro na classificação de risco

Diante da complexidade do processo de classificação de risco, torna-se essencial analisar o papel do profissional responsável por essa atividade. A atuação do enfermeiro na classificação de risco exige habilidades clínicas e interpessoais, assim como uma escuta atenta e empática para um julgamento rápido e crítico. Esse profissional deve estar preparado para tomar decisões alinhadas aos protocolos e contar com o suporte da rede assistencial, visando sempre um atendimento humanizado e eficiente (OLIVEIRA et al. 2022; KIEFER et al. 2020).

É extremamente relevante quando se aborda a questão da assistência à saúde, uma vez que se deve prestar um atendimento rápido e eficiente. O enfermeiro deve classificar os pacientes de acordo com o grau de risco, sendo possível também compreender sinais psicológicos, comunicativos e externos destas pessoas (BRAMATTI et al. 2021).

A resolução 423/2012 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) confere ao enfermeiro a obrigação legal de realizar CR e priorização do atendimento em serviços de emergência, ação que deve ser realizada com conhecimento e habilidade técnica. Dessa forma, está em consonância com as definições da resolução COFEN nº 358/2009 e com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH). Essa política prevê o acolhimento em CR, proporcionando qualidade, agilidade e melhorias no atendimento (DIAS et al. 2018).

O enfermeiro devidamente capacitado, possuindo habilidades para promover a escuta qualificada, avaliação precisa, registro corretor e detalhando a queixa relatada, o raciocínio clínico, e agilidade para tomar as decisões, para direcionar melhor a prioridade de atendimento aos pacientes. A priorização de atendimento aos pacientes graves, pode elevar as chances de um melhor prognóstico da doença, sendo efetuado no tempo adequado (SILVA, 2023).

A Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, determina que o processo de triagem deve ser conduzido por um profissional de Enfermagem com formação de nível superior, devidamente capacitado por meio de treinamento específico e com base em protocolos previamente definidos.

Dessa forma, é fundamental que o profissional de saúde, especificamente o enfermeiro, siga critérios definidos para a classificação do paciente, tais como: a apresentação usual da doença, sinais de alerta, como choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação e tipo de dor, situação clínica, com foco na queixa principal, aspectos essenciais na avaliação inicial, incluindo: sinais vitais, saturação de oxigênio, escala de dor, escala de Glasgow, presença de doenças preexistentes, faixa etária e possíveis dificuldades de comunicação.

É importante ressaltar que, nessa fase, não se busca estabelecer um diagnóstico clínico, mas sim identificar o grau de risco apresentado pelo paciente (BRASIL, 2022).

4 Resultados e Discussão

4.1 Perfil dos participantes

O estudo contou com a participação de 30 alunos do curso técnico em mecatrônica da Etec vespertino, Piracicaba SP. A escolha deste público justifica-se por, representarem jovens em formação técnica, sem conhecimento prévio aprofundado em saúde refletindo o perfil de grande parte dos usuários das UPAs.

Um dado relevante obtido foi que 79,3% (23) dos participantes já haviam necessitado de atendimento em UPAs, demonstrando que a maioria tinha experiência ruim com o serviço, embora sem compressão dos protocolos técnicos envolvidos.

4.2 Conhecimento prévio sobre SSVV e CR

Os dados pré-intervenção indicaram haver lacunas no conhecimento dos participantes, (Tabela1).

Tabela 1 - Conhecimento prévio dos participantes. N = 30 alunos. Fonte: dados da pesquisa.

Tema	Conhecia	Ouviu falar, mas não sabe o que é	Não conhecia
SSVV	72,4% (22)	24,1% (7)	3,4% (1)
CR	48% (14)	48% (14)	4% (2)
Protocolo de Manchester	15% (5)	22,9% (6)	62,1% (19)

Estes dados corroboram que a justificativa deste estudo: mesmo entre jovens com educação média, o desconhecimento sobre os critérios de CR é expressivo. Destaca-se que 62,1% dos participantes desconheciam completamente o protocolo de Manchester, principalmente relação de CR utilização nas UPAs do Brasil.

Outro dado particularmente relevante foi que 72,4% (22) dos estudantes relataram já terem tido a impressão de que, mesmo chegando primeiro, alguém que

chegou depois foi atendido na sua frente. Este percentual evidencia a percepção de “injustiça” que Oliveira et al (2017) e Lacerda et al (2019) relataram que gera conflitos nas unidades de saúde.

4.3 Impacto da intervenção educativa.

Após a apresentação do material audiovisual e da palestra explicativa observou-se mudança significativa no nível de compreensão dos participantes.

Tabela 2 - Nível de compreensão pós-intervenção. N = 30 alunos. Fonte: dados da pesquisa.

Entenderam perfeitamente	72,7% (22)
Entenderam maior parte, pequenas dúvidas	13,6% (4)
Compreensão parcial	13,6 % (4)

Os resultados demonstraram que 86,3% dos participantes (somando os que entenderam perfeitamente mais os que entenderam a maior parte) alcançaram compreensão satisfatória sobre a importância da CR, quando questionados especificamente sobre a lógica da priorização.

4.4 Discursão da desinformação a compressão

Os resultados deste estudo evidenciaram que a desinformação sobre a CR não ocorre ou decorre de desinteresse dos usuários, mas da falta de ações educativas sistemáticas no serviço de saúde.

A mudança observada entre o conhecimento prévio (41,4% já ouviram falar, mas não sabiam o que era CR) e o conhecimento pós Atividade educacional (72,7% entendem perfeitamente), demonstra que investir em educação em saúde, pode transformar a relação entre usuários e serviços, Feitosa et al (2024) sobre CR. Podem trazer Silva e Silva (2022) competência técnica para CR.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo atingiu com êxito seu objetivo geral, ao promover a compreensão sobre a importância dos Sinais Vitais (SSVV) no processo de classificação de risco na área da saúde.

Em relação aos objetivos específicos, observou-se que foram amplamente alcançados, especialmente pela assimilação demonstrada ao final do vídeo educativo. O material desenvolvido mostrou-se adequado para orientar os usuários das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), contribuindo de forma significativa para o entendimento dos SSVV e sua aplicação na triagem clínica.

A explicação sobre os SSVV foi clara e compreendida pelos participantes, assim como os esclarecimentos sobre a priorização clínica. A abordagem sobre o Protocolo de Manchester também foi eficaz, suprimindo uma lacuna de conhecimento previamente existente entre os usuários.

Dessa forma, evidencia-se que a atividade educativa teve um impacto positivo e relevante na promoção do conhecimento sobre a classificação de risco, sendo essencial para reduzir a desinformação nas UPAs. Além disso, o material produzido possui potencial de replicação, configurando-se como um investimento educativo valioso e uma estratégia preventiva no contexto da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, L. C. de; ROMERO, B. Pain: evaluation of the fifth vital sign. A theoretical reflection. **Revista Dor**, v. 16, n. 4, p. 291–296, out. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150060>>. Acesso em: 27 out. 2025.
- ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO. ASCOM. **Protocolo de Manchester**. Hospital Misericórdia de Santos Dumont, 6 jan. 2023. Disponível em: <<https://hospitaldesantosdumont.com.br/protocolo-de-manchester/>>. Acesso em: 28 out. 2025.
- BENVINDO, É.; MARTINS, C. I. Acolhimento com classificação de risco: atuação da enfermagem. In: SEMINÁRIO CIENTÍFICO DO UNIFACIG, 7., online. **Anais...**, Munhuaçu: UNIFACIG, 09 mar. 2022. 7 p. Disponível em: <<https://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/2904/2525>>. Acesso em: 28 out. 2025.
- BRAMATTI, R.; FERREIRA, O. T.; SILVA, R.K. **O papel do enfermeiro na classificação de risco na urgência e emergência baseado no Protocolo de Manchester**. In: Anais do 19º Encontro Científico Cultural Interinstitucional, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2025.
- 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. (série B. textos Básicos de saúde). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 28 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Classificação de Risco para Serviços de Urgência e Emergência**. Ministério da Saúde. 2022.
- CHESTER JG, Rudolph JL. **Vital signs in older patients: age-related changes**. J Am Med Dir Assoc. 2011 Jun; 12(5):337-43.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Parecer Técnico nº 10, de 22 de fevereiro de 2007. **Dispõe sobre a participação do enfermo na triagem de pacientes sem a presença de médicos especialistas**. Belo Horizonte (MG): Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais; 2007.
- CUNHA UGV, Valle EA, Melo RA. O exame físico do idoso. In: Freitas EV, Py L, Cançado Fax, Doll J, Gorzoni ML. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011. p. 985-1000.

DIAS, S. R. S.; SANTOS, L. L. L.; SILVA, I. A. **Classificação de risco no serviço de urgência e emergência: revisão integrativa da literatura**. Rev Enferm UFPI., v. 7, n. 1, p. 57-62, 2018.

FEITOSA, M. D. A.; DE SÁ, R. O.; MOTA, V. D. S.; DIAS, A. M. DE A.; CAVALCANTE, C. C. F. S. Importância da classificação de risco no atendimento de urgência e emergência: revisão de literatura. **Revistaft**, v. 29, n. 140, p. 04–05, 2024. Disponível em: < <https://doi.org/10.69849/revistaft/ni10202411151504>>. Acesso em: 28 out. 2025.

FERRELL, B. et al. Clinical decision making and pain. **Cancer Nursing**, v. 14, n. 6, p. 289-297, 1991. Disponível em: <https://journals.lww.com/cancernursingonline/abstract/1991/12000/clinical_decision_making_and_pain.2.aspx>. Acesso em: 27 out. 2025.

GANLEY, L.; GLOSTER, A.S. An overview of triage in the emergency department. **Nurs Stand.**, v. 26, n. 12, p. 49-56, quiz 58, 23 nov. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.7748/ns2011.11.26.12.49.c8829>>. Acesso em: 29 out. 2025.

GORANSSON KE, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. **Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage**. Scand J Caring Sci. 2005; 19 (4): 432-8.

GRUPO DE TRIAGEM DE MANCHESTER. **Triagem do serviço de urgência**. 2ª ed. Portugal: BMJ Publishing; 2002.

GUEDES, H.M.; MARTINS, J.C.A.; CHIANCA, T.C.M. Predictive value of the Manchester Triage System: evaluation of patients' clinical outcomes. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n.1, p.45-51, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680107p>>. Acesso em: 29 out. 2025.

HERMIDA, P. M. V.; NASCIMENTO, E. R. P. do; ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M.; MALFUSSI, L. B. H. de. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03318, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017001303318>>. Acesso em: 28 out 2025.

JOHNSON KD, Mueller L, Winkelman C. **The nurse response to abnormal vital sign recording in the emergency department**. J Clin Nurs. 2016;26(1-2): 148-56. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13425>.

KELLETT, J.; SEBAT, F. Make vital signs great again – a call for action. **Eur. J. Intern. Med.**, v. 45, p. 13-19, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.09.018>>. Acesso em 29 out. 2025.

KIEFER MORAES, C. L.; GUILHERME NETO, J.; GUILHERME OTRANTO DOS SANTOS, L. **A classificação de risco em urgência e emergência: os desafios da enfermagem**. **Global Academic Nursing Journal**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. e17, 2020. DOI: 10.5935/26755602.20200017. Disponível em: Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/26>. Acesso em: 05/06/2025

LYNCH, M. Pain as the fifth vital sign. **Journal of intravenous nursing**, v. 24, n. 2, p. 85-94. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11836838/>>. Acesso em: 27 out. 2025

LACERDA, A. S. B.; SAUTHIER, M.; PAES, G. O.; TEIXEIRA, E. R. Acolhimento com classificação de risco: relação de justiça com o usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1496–1503, nov. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0420>>. Acesso em: 28 out. 2025.

LAGANÁ, Maria Teresa et al. **A problemática da temperatura corporal enquanto procedimento de enfermagem: conceitos e mecanismos reguladores**. Revista da Escola de enfermagem da USP, São Paulo, v.26, p.173-86, ago. 1992.

METERSKY, K. Chapter 7: Vital signs. In: COBBETT, S. (Ed.). **Perry and Potter's Canadian Clinical Nursing Skills & Techniques**. 2. ed. North York, ON: Elsevier, 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Você sabe o que é classificação de risco? (No Brasil, a classificação mais comum é o Protocolo de Manchester)** 28/12/2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/voce-sabe-o-que-e-classificacao-de-risco>. Acesso em: 02/04/2025.

MURTA G. F.; SALCI, M. A. (Eds.). **Saberes e Práticas: Guia para Ensino e Aprendizado de Enfermagem**. 12. ed. São Caetano Do Sul: Difusão, 2019. 352 p.

MURTA, G. F.; RUSSI, J. N. **Procedimentos Básicos de Enfermagem no Cuidar**. São Caetano do Sul: Difusao Editora, 2006.

OLIVEIRA, J. L. C. DE; GATTI, A. P.; BARRETO, M. DA S.; BELLUCCI JUNIOR, J. A.; GÓES, H. L. DE F.; MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. e0960014, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>>. Acesso em: 28 out. 2025.

OLIVEIRA, V. L. G. D., Braga Junior, E. J., Cavalcante, M. D. S., Nascimento, M. H. M., Sacramento, R. D. C., Oliveira, A. S. S. D., ... & Santana, M. E. D. **Manchester Screening System: difficulties faced by nurses in risk classification**. (2022). [S. l.], v. 11, n. 1, p. e3911124358, 2022. DOI: [10.33448/rsd-v11i1.24358](https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24358). Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/24358>. Acesso em: 1 aug. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OMS News**. 2020. Disponível <<https://news.un.org/pt/tags/organiza%C3%A7%C3%A3o-mundial-da-saude>> Acesso em: 16 de abril de 2025.

PARK, G.; FULTON, B.; SENTHURAN, S. What is pain?. In: PARK, G.; FULTON, B.; SENTHURAN, S. (Eds.). **The Management of Acute Pain**. New York, NY: Oxford Academic,, 2000. p. 11-26. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/oso/9780192624673.003.0002>>. Acesso em: 27 out. 2025.

PEDROSA, Rodrigo Pinto; DRAGER Luciano Ferreira. **Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica**. Revisado em 2017. Medicina Net. Disponível em:

http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1430/diagnostico_e_classificacao%20_da_hipertensao_arterial_sistematica.htm . Acesso em: 16 de abril de 2025.

PEREIRA, Kely Cristina; FERREIRA, Wellington Fernando Silva. **Classificação de riscos no atendimento de urgência e emergência: contribuição do enfermeiro**. Revista Jurídica Uniandrade, v. 31, n. 1, p. 43-55, 2020.

PINTO JÚNIOR, D.; SALGADO, P. de O.; CHIANCA, T. C. M. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 6, p. 1041–1047, nov. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600005>>. Acesso em: 28 out. 2025.

PIOVESAN, Ricardo Freitas. **Conhecimento de auxiliares de enfermagem sobre a temperatura corporal**. Rio Grande do Sul, 2001.

POTTER PA, Perry AG. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 2011.

POTTER, P. A. **Fundamentos de enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2024.

REIS, Manuel. **O que é o Esfigmomanômetro e como usar corretamente**. 2019. Disponível em <<https://www.tuasaude.com/esfigmomanometro/>> Acesso em: 16 de abril de 2025.

SACOMAN, T. M.; BELTRAMMI, D. G. M.; ANDREZZA, R.; CECÍLIO, L. C. DE O.; REIS, A. A. C. DOS. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 354–367, abr. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105>>. Acesso em 29 out. 2025.

SEMAN, L. **Fisiologia Humana**. 2. ed. São Paulo: Editora Manole, 2011.

SILVA, A. **O que é pressão arterial?**. 2016. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/bem-estar/o-que-e-pressao-arterial/>> Acesso em: 16 abr. 2025

SILVA, G. S. **A importância do papel do enfermeiro ao realizar a classificação de risco utilizando o Protocolo de Manchester**. Revista Multidisciplinar em Saúde, v. 4, n. 3, p. 1, 2023.

SILVA, T. B. da; SILVA, L. R. C. da R. Atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco em serviços de urgência e emergência. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ENFERMAGEM, 3., online, 2022. **Anais do CIPCEn-2022**, Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde, p. 48, 2022. Disponível em: <<https://revistaremeecs.com.br/index.php/remecs/article/view/1002>>. Acesso em: 29 out. 2025.

SMITH, D.; SEKHON, M; FRANCIS, J.J.; AITKEN, L. M. How actionable are staff behaviours specified in policy documents? A document analysis of protocols for

managing deteriorating patients. **J. Clin. Nurs.**, v. 28, p. 4139-4149, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jocn.15005>>. Acesso em: 29 out. 2025.

SMITH, G.B.; SAUCEDO-RECIO, A.; GRIFFITHS, P. The measurement frequency and completeness of vital signs in general hospital wards: an evidence free zone. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 74, p. A1-A4, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.001>>. Acesso em: 29 out. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão**. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(Suppl 1):1-51

SOUZA, T. H. de; ANDRADE, S. R. de. Acolhimento com classificação de risco: um indicador da demanda emergencial de um serviço hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5380/CE.V19I4.35941>>. Acesso em 29 out. 2025.

TIMBY, B. K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TOWNSEND, Neil. **Pulse Oximetry, In: Medical Electronics**. MICHAELMAS TERM 2001. Application Note. 2005. Disponível em: < <http://www.ti.com/litv/pdf/slaa274> > Acesso em: 16 de abril de 2025.

WEBSTER, J. G. **Design of Pulse Oximeters**. Wisconsin-Madison, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World alliance for patient safety. Taxonomy. **The conceptual framework for the international classification for patient safety**. Genebra (SW): WHO; 2009.