**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

DÉBORA MENDES DO NASCIMENTO

**Registros eletrônicos na identificação da evolução dos
pacientes admitidos em um hospital privado segundo
protocolo de avaliação e classificação de risco**

**RIBEIRÃO PRETO
2018**

DÉBORA MENDES DO NASCIMENTO

Registros eletrônicos na identificação da evolução dos pacientes
admitidos em um hospital privado segundo protocolo de avaliação e
classificação de risco

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional
em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Mestrado Profissional em
Tecnologia e Inovação em Enfermagem

Orientador: Prof.^a Dr.^a Marta Cristiane Alves Pereira

RIBEIRÃO PRETO

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Nascimento, Débora Mendes do

Registros eletrônicos na identificação da evolução dos pacientes admitidos em um hospital privado segundo protocolo de avaliação e classificação de risco. Ribeirão Preto, 2018.

60 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Marta Cristiane Alves Pereira

1. Enfermagem em Emergência. 2. Serviços Médicos de Emergências. 3. Prontuário Eletrônico. 4. Registros de Enfermagem. 5. Triagem.

NASCIMENTO, Débora Mendes do

Registros eletrônicos na identificação da evolução dos pacientes admitidos em um hospital privado, segundo protocolo de avaliação e classificação de risco

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*À minha mãe, **Nazareth**, que sempre me apoiou nesta caminhada, dando-me conselhos para
seguir sempre em busca de meus objetivos.*

*Ao meu irmão, **Manoel Neto**, e cunhada, **Mayra**, e amiga, **Yara**, por me incentivarem à
carreira acadêmica.*

*Ao meu sobrinho amado, **Isaac**, que é o maior presente em minha vida, assim como os que
ainda virão.*

*Aqueles que passaram por minha vida deixando exemplos nobres que levarei por toda minha
vida e que sempre amarei: **Orlando (pai)** e **Patrícia (irmã)** – in memoriam.*

AGRADECIMENTOS

Querido Deus, em tuas mãos coloco minhas preocupações, cuidados e problemas. Em tua sabedoria, coloco meu carinho, minhas direções e meus objetivos. Em teu amor, coloco minha vida

À minha orientadora, Profa. Dra. Marta Cristiane Alves Pereira, que Deus colocou como um anjo em minha vida, auxiliando-me todo o tempo com muita paciência, dedicação, sabedoria – com toda certeza uma das pessoas mais humanas que já conheci.

À minha amiga, Yara Zen, pela dedicação, empenho, conhecimento e reflexões críticas que contribuíram na construção desta dissertação.

Aos amigos, Lúvia Laura Gonçalves e Michel Marcossi Cintra, pela disposição na coleta de dados.

À minha amiga Carla Regina Teixeira pelo apoio e incentivo na carreira acadêmica. À Gerente de Enfermagem, Viviane de Fátima Neves da Veiga, pelo apoio e incentivo no tema desta dissertação, abrindo portas para o campo de coleta de dados na instituição em estudo.

Ao Dr. Woe Tong Chan, pela aprovação na comissão de ética e pela liberação para este estudo nesta instituição.

Aos Professores do Mestrado, pela bagagem proporcionada no decorrer das disciplinas e que, dessa forma, nos tornou capacitados a novos objetivos acadêmicos.

À professora Carmen Silva Gabriel que permitiu que tudo isso fosse possível, confiando a mim a oportunidade de exercer a enfermagem e ser hoje a profissional que sou.

*“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia,
porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante.”*

(Charles Chaplin)

RESUMO

NASCIMENTO, Debora Mendes do. **Registros eletrônicos na identificação da evolução dos pacientes admitidos em um hospital privado, segundo protocolo de avaliação e classificação de risco**. 60f Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

O acolhimento com avaliação e classificação de risco representa importante estratégia na reorganização dos serviços de urgência e emergência hospitalares, caracterizados pela crescente demanda, superlotação e longo tempo de espera. Os protocolos de avaliação e classificação de risco favorecem o direcionamento da atuação do enfermeiro e da equipe de saúde na priorização dos pacientes que apresentam maior gravidade e necessitam de atendimento rápido, conforme critérios que determinam a clareza e racionalidade dos fluxos, para alcance de maior qualidade da assistência em saúde. Nessa perspectiva, os registros eletrônicos no prontuário do paciente são ferramentas que permitem analisar a aplicabilidade e efetividade da avaliação com classificação de risco, nos diferentes níveis de complexidade, espaços e momentos do cuidado nos serviços de saúde. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e correlacional, com objetivo de analisar a evolução dos pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento de um hospital privado, segundo protocolo de classificação de risco baseado no escore de alerta modificado (*Modified Early Warning Score*), por meio dos registros eletrônicos de pacientes atendidos no mês de novembro de 2016. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2017. A amostra contemplou a análise dos registros de 325 prontuários de pacientes classificados como urgência e emergência (*Modified Early Warning Score* maior que 3). A análise estatística dos dados contemplou a caracterização da amostra e a identificação da classificação de risco (análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas), os desfechos secundários mortalidade, alta/transferência (teste de qui-quadrado de Pearson e *Teste Exato de Fisher*) e tempo de permanência entre os grupos analisados (Correlação de Spearman), na análise estatística adotou-se o nível de significância $\alpha=0,05$. A maioria dos participantes da pesquisa era do sexo feminino – 193 (59,4%), com média de idade de 54,6 anos (desvio-padrão=20,8), sendo 141 (43,3%) com idade maior que 60 anos. O maior número de atendimentos ocorreu às segundas e quartas-feiras, respectivamente 60 (18,5%) e 58 (17,8%), no período das 7h às 18h59min (208 – 64%). Os escores de *Modified Early Warning Score* registrados no atendimento inicial dos pacientes apresentaram variação de 0 a 7, sendo 288 (88,6%) com *Modified Early Warning Score* de 1 a 2, 10 (3,2%) com *Modified Early Warning Score* 0 e 27 (8,3%) com *Modified Early Warning Score* maior ou igual a 3. Da amostra, 70 (21,7%) dos pacientes internaram, dos quais 8 (11,42%) foram a óbito. Foi evidenciada diferença estatisticamente significativa em relação ao *Modified Early Warning Score* no atendimento inicial e ocorrência de internação hospitalar ($p<0,001$) e transferências durante a internação ($p=0,008$).

Também foi identificada correlação entre o tempo de internação e o *Modified Early Warning Score* registrado nas primeiras 24 horas ($p=0,010$) e 48 horas ($p=0,022$), assim como em relação ao *Modified Early Warning Score* 24 horas ($p=0,0019$) e 48 horas ($p=0,007$) e evolução para óbito. Os resultados evidenciam a importância da aplicação do *Modified Early Warning Score* em conjunto com outros protocolos institucionais, sustentados por investimentos na capacitação e habilitação dos profissionais para acolhimento e avaliação qualificados, ações imediatas e resolutivas, visando o alcance de uma rede assistencial integrada, estruturada e organizada no atendimento às urgências e emergências, enquanto importante componente do sistema de atenção à saúde das pessoas.

Palavras-chave: Enfermagem em Emergência. Serviços Médicos de Emergências. Prontuário Eletrônico. Registros de Enfermagem. Triage.

ABSTRACT

NASCIMENTO, Debora Mendes do. **Electronic records in the identification of the evolution of patients admitted to a private hospital according to protocol of evaluation and classification of risk.** 60 f. Dissertation (Master). School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Reception with risk assessment and classification represents an important strategy in the reorganization of hospital emergency and emergency services, characterized by increasing demand, overcrowding and long waiting times. The protocols of risk assessment and classification favor the direction of the nurse and health team in the prioritization of patients who present greater severity and require rapid care, according to criteria that determines the clarity and rationality of the flows, to reach higher quality of health care. In this perspective, the electronic records in the patient's chart are tools that allow us to analyze the applicability and effectiveness of the evaluation with risk classification, in the different levels of complexity, spaces and moments of care in health services. This is a retrospective, descriptive and correlational study aimed at analyzing the evolution of the patients treated at the Emergency Care Unit of a private hospital, according to a modified risk assessment protocol based on the modified Early Warning Score (MEWS), through the electronic records of patients attended in November 2016. Data collection occurred from September to November 2017. The sample included the analysis of the records of 325 medical records of patients classified as urgency and emergency (MEWS major than three). The statistical analysis of the data included the characterization of the sample and the identification of the risk classification (descriptive analysis using absolute and relative frequencies), the secondary outcomes mortality, discharge / transfer (Pearson's Chi-square test and Fisher's exact test) and (Spearman's correlation), with a significance level of $\alpha=0,05$. Most of the participants were females 193 (59.4%), with an average age of 54.6 years (SD = 20.8), 141 (43.3%) were older than 60 years. The highest number of visits occurred on Mondays and Wednesdays, respectively 60 (18.5%) and 58 (17.8%), from 7:00 a.m. to 6:59 p.m. (208-64%). The MEWS scores recorded in the initial care of patients presented a variation from zero to seven, 288 (88.6%) with MEWS one to two, 10 (3.2%) with MEWS zero and 27 (8.3%) with MEWS greater than or equal to three. Of the sample, 70 (21.7%) of the patients admitted, 8 (11.42%) of whom died. It was evidenced a statistically significant difference in relation to the MEWS in the initial care and the occurrence of hospital admission ($p < 0.001$) and transfers during hospitalization ($p = 0.008$). It was also identified a correlation between hospitalization time and the MEWS recorded in the first 24 hours ($p = 0.010$) and 48 hours ($p = 0.022$), as well as in relation to MEWS 24 hours ($p = 0.0019$) and 48 hours ($p = 0.007$) and evolution to death. The results show the importance of applying the MEWS in conjunction with other institutional protocols, supported by investments in training and qualification of professionals for qualified reception and evaluation, immediate and resolute actions, aiming at the achievement of an integrated, structured and organized assistance

network in the emergency and emergency services, as an important component of the health care system for people.

Keywords: Emergency Nursing. Emergency Medical Services. Electronic Records. Nursing records. Screening.

RESUMEN

NASCIMENTO, Debora Mendes do. **Registros electrónicos en la identificación de la evolución de los pacientes admitidos en un hospital privado según el protocolo de evaluación y clasificación de riesgo.** 60 f. Tesis (Maestría). De la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

La recepción con evaluación y clasificación de riesgo representa una importante estrategia en la re-organización de los servicios de urgencia y emergencia hospitalaria, caracterizados por la creciente demanda, hacinamiento y largo tiempo de espera. Los protocolos de evaluación y clasificación de riesgo favorecen el direccionamiento de la actuación del enfermero y del equipo de salud en la priorización de los pacientes que presentan mayor gravedad y necesitan de atención rápida, de acuerdo con criterios que determinan la claridad y racionalidad de los flujos, para alcanzar una mayor calidad de la asistencia sanitaria. En esta perspectiva, los registros electrónicos en la ficha del paciente son herramientas que permiten analizar la aplicabilidad y efectividad de la evaluación con clasificación de riesgo, en los diferentes niveles de complejidad, espacios y momentos del cuidado en los servicios de salud. Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y correlacional, con el objetivo de analizar la evolución de los pacientes atendidos en la Unidad de urgencias de un hospital privado, según protocolo de clasificación de riesgo basado en el puntaje de alerta modificado (MEWS) , a través de los registros electrónicos de pacientes atendidos en el mes de noviembre de 2016. La recolección de datos ocurrió en el período de septiembre a noviembre de 2017. La muestra contempló el análisis de los registros de 325 fichas de pacientes clasificados como urgencia y emergencia (MEWS mayor que tres). El análisis estadístico de los datos contempló la caracterización de la muestra y la identificación de la clasificación de riesgo (análisis descriptivo por medio de frecuencias absolutas y relativas), los resultados secundarios mortalidad, alta / transferencia (prueba de Chi-cuadrado de Pearson y prueba exacta de Fisher) tiempo de permanencia entre los grupos analizados (correlación de Spearman), con adopción del nivel de significancia del $\alpha=0,05$. La mayoría de los participantes de la encuesta eran del sexo femenino 193 (59,4%), con promedio de edad de 54,6 años (DP = 20,8), siendo 141 (43,3%) con edad mayor que 60 años. El mayor número de atendimientos ocurrió los lunes y los miércoles, respectivamente, 60 (18,5%) y 58 (17,8%), en el período de las 7: 00h a las 18: 59h (208 - 64%). Los puntajes de MEWS registrados en la atención inicial de los pacientes presentaron variación de cero a siete, siendo 288 (88,6%) con MEWS uno a dos, 10 (3,2%) con MEWS cero y 27 (8,3%), MEWS mayor o igual a tres. De la muestra, 70 (21,7%) de los pacientes fueron internados, de los cuales 8 (11,42%) murieron. Se evidenció diferencia estadísticamente significativa con respecto al MEWS en la atención inicial y ocurrencia de internación hospitalaria ($p < 0,001$) y transferencias durante la internación ($p = 0,008$). También se identificó correlación entre el tiempo de internación y el MEWS registrados en las primeras 24 horas ($p =$

0,010) y 48 horas ($p = 0,022$), así como en relación al MEWS 24 horas ($p = 0,0019$) y 48 horas ($p = 0,007$) y evolución para la muerte. Los resultados evidencian la importancia de la aplicación del MEWS en conjunto con otros protocolos institucionales, sostenidos por inversiones en la capacitación y habilitación de los profesionales para la acogida y evaluación calificados, acciones inmediatas y resolutivas, visando el alcance de una red asistencial integrada, estructurada y organizada en el marco de atención a las urgencias y emergencias, como un importante componente del sistema de atención a la salud de las personas.

Palabras clave: Enfermería en Emergencia. Servicios médicos de emergencia. El pronóstico electrónico. Registros de Enfermería. Detección.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Escore de alerta modificado (<i>Modified Early Warning Score</i> – MEWS).....	25
Figura 2	Fluxograma do Pronto Atendimento	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Tabela 1 – Caracterização dos pacientes (n=325), segundo faixa etária, sexo, dia e hora do atendimento e prioridade inicial na Unidade de Pronto Atendimento de um hospital privado, de acordo com o registro no Prontuário Eletrônico do Paciente. Ribeirão Preto, SP, 2017.....	37
Tabela 2	Descrição das queixas classificadas como Não Urgência no atendimento inicial na Unidade de Pronto Atendimento de um hospital privado, de acordo com o registro no Prontuário Eletrônico do Paciente. Ribeirão Preto, SP, 2017.....	38
Tabela 3	Descrição das queixas classificadas como Pouca Urgência no atendimento inicial na Unidade de Pronto Atendimento de um hospital privado, de acordo com o registro no Prontuário Eletrônico do Paciente. Ribeirão Preto, SP, 2017.....	39
Tabela 4	Descrição das queixas dos pacientes classificados como Urgência/Emergência no atendimento inicial na Unidade de Pronto Atendimento em um hospital privado, de acordo com o registro no Prontuário Eletrônico do Paciente. Ribeirão Preto, SP, 2017.....	40
Tabela 5	Caracterização dos atendimentos no serviço de urgência, segundo o escore de MEWS, conduta inicial, tempo de internação (dias) e motivo da alta hospitalar, de acordo com o registro no Prontuário Eletrônico do Paciente de um hospital privado. Ribeirão Preto, SP, 2017.....	41
Tabela 6	Caracterização dos atendimentos no Pronto Atendimento, segundo os valores de MEWS, internação, transferências e evolução para óbito, de acordo com o registro no Prontuário Eletrônico do Paciente de um hospital privado. Ribeirão Preto, SP, 2017.....	43
Tabela 7	Correlação de Spearman dos valores de MEWS, após 24 horas e 48 horas de internação, de acordo com o registro no Prontuário Eletrônico do Paciente de um hospital privado. Ribeirão Preto, SP, 2017.....	44

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	Acolhimento e classificação de risco nas urgências emergências.....	20
2.2	Protocolos de classificação de risco aplicados em urgência e emergência.....	22
2.3	<i>Modified Early Warning Score (MEWS)</i>	24
3	OBJETIVOS.....	28
3.1	Objetivo Geral.....	29
3.2	Objetivos Específicos.....	29
4.	MATERIAIS E MÉTODOS.....	30
4.1	Tipo de estudo.....	31
4.2	Local do estudo.....	31
4.3	População, amostra e período do estudo.....	32
4.4	Coleta de dados.....	33
4.5	Análise estatística.....	34
4.6	Aspectos éticos.....	34
5.	RESULTADOS.....	35
5.1	Caracterização dos pacientes em relação ao atendimento inicial.....	36
5.2	Evolução e desfecho clínico dos pacientes.....	40
6.	DISCUSSÃO.....	45
7.	CONCLUSÕES.....	49
	REFERÊNCIAS.....	51
	APÊNDICE.....	57
	ANEXO.....	59

Os serviços de emergências como Pronto Atendimento (PA), também chamado de serviço 24h, foram configurados como porta de acesso à assistência àqueles considerados quadros agudos graves, tanto clínicos como cirúrgicos. As urgências entendidas eventos não esperados à saúde onde o indivíduo precisa de atendimento médico imediato, considerando ter ou não agravo à saúde. O termo emergência é a identificação médica da piora da saúde que pode gerar risco iminente de morte, devendo o atendimento ocorrer de maneira imediata. (BRASIL, 2014a).

O atendimento de urgência e emergência, seja ele da rede pública ou privada, segundo a Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014, deve acolher “o paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento” (BRASIL, 2014b).

No entanto, os serviços de emergências têm excedido sua capacidade operacional ativa, gerando, assim, superlotação das unidades, o que tem gerado as filas de espera. Em vários lugares essas unidades estão atuando como centros de atendimentos para tratamentos imediatos, atuando no modelo assistencial centrado na doença. É nesse contexto que todos que procuram atendimento nessas unidades devem ser avaliados e classificados quanto ao risco, pois podem se encontrar sob morte iminente (POURASGHAR et al., 2014).

Ainda há instituições que atuam seguindo o antigo sistema de atendimento por ordem de chegada, sem critérios para priorização, sendo que muitas vezes pacientes com quadros graves, necessitando de atendimento imediato aguardam por horas, enquanto urgências de baixa complexidade têm atendimento imediato, resultando em prejuízos na qualidade do serviço (COSTA et al., 2015).

Ademais, os serviços de emergências tem muitas dificuldades, tais como preparo técnico da equipe, estrutura física, disponibilidade de leitos, e falta de equipamentos. (OLIVEIRA et al., 2015; DURO et al., 2014).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde trouxe a prática do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), objetivando humanizar e organizar os serviços de urgência e emergência, garantindo que as necessidades do cidadão sejam atendidas (BRASIL, 2004a).

Para melhor atender a demanda das unidades de urgência e emergência, torna-se necessário que o profissional da saúde escute os problemas do paciente, e tenha capacidade de classificá-los, mediante apoio de protocolos, identificando

aqueles que necessitam de atendimento imediato e mediato (PARENTI et al., 2014).

O grande objetivo da ACCR, segundo Souza (2013), não é o diagnóstico médico, mas avaliar os sinais e sintomas do paciente, a fim de avaliar a gravidade, lembrando que deve ser avaliado o sofrimento físico e psicológico.

Utilizar protocolos e sistemas validados para a realização da classificação de risco garante que essa atividade não seja subjetiva e padronize as avaliações, garantindo, assim, segurança institucional do processo (SOUZA, 2009).

Realizar o acolhimento, utilizando uma triagem classificatória do risco inerente ao quadro do paciente, caracteriza a primeira fase do atendimento nos serviços de emergência, otimizando assim o tempo de espera, reduzindo o impacto negativo relativo ao atendimento prestado, resguardando aqueles pacientes que precisam de atendimento imediato para uma boa resposta terapêutica (CREMONESI et al., 2015).

São diversas as escalas que norteiam a classificação de risco e acolhimento dos pacientes nas unidades de emergências. O curioso é que muitas dessas escalas são baseadas em sintomas atuais, e não direcionam à conferência de todos os sinais vitais. A palavra “vital” significa “algo que é necessário para a manutenção da vida, ou que a afeta de maneira essencial”, a conferência sistemática dos sinais vitais deve ser realizada de maneira criteriosa e não banalizada (FERREIRA, 1975).

Nessa perspectiva, mostra-se relevante identificar estratégias que potencializam a priorização e o atendimento qualificado e oportuno da equipe de saúde e enfermagem em serviços de urgência e emergência.

Este estudo foi realizado em um hospital privado do interior paulista, o qual implantou um sistema de classificação de risco que utiliza um escore de alerta precoce (*Modified Early Warning Score* – MEWS), baseado na avaliação fisiológica dos pacientes que podem apresentar sinais de deterioração, e que necessitem de atendimento prioritário. Esse escore já é utilizado em pacientes internados, e existem poucos estudos que abordam o uso do mesmo em unidade de pronto atendimento (KYRIACOS et al., 2014).

O escore de MEWS utiliza pontuações as quais determinam o tempo necessário para reavaliação dos pacientes, o qual deve ser conferido a cada seis horas no caso de valores de MEWS entre 0 e 1, a cada quatro horas se MEWS maior ou igual a 2, a cada 30 minutos se MEWS maior que 5, até a estabilização do

quadro ou intervenções necessárias (TAVARES et al., 2008).

Os pacientes com escore alterado superior a 3 são os que necessitam de maior cuidado e atenção, pois podem deteriorar rapidamente se não houver uma intervenção adequada. Dessa forma, o MEWS é um direcionador na priorização assistencial, para garantir um desfecho mais favorável ao paciente (TAVARES et al., 2008).

Os pacientes são classificados segundo o valor do escore de MEWS, sendo baixo risco quando escore estiver entre 0 e 2, risco intermediário entre 3 e 4 e alto risco quando escore maior ou igual a 4 (SUBBE et al., 2001).

Estudos mostram que pacientes geralmente são admitidos com valores mais elevados de MEWS e, durante a internação, esses valores são reduzidos (SUBBE et al., 2006). Há escassez de estudos brasileiros em que se aborde o uso da ferramenta MEWS em unidades de pronto atendimento, e com este estudo visa-se contribuir para melhorar esse cenário.

Dessa forma, o presente estudo irá acrescentar ao meio acadêmico e trará contribuições para a instituição quanto ao uso da ferramenta MEWS em unidades de pronto atendimento, de maneira a avaliar a classificação fornecida aos pacientes durante atendimento, em uma unidade de emergência, resultando em melhoria e segurança da assistência prestada ao paciente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Acolhimento e classificação de risco nas urgências emergências

Na busca por melhorias para esses problemas, no atendimento em urgências, surgiu a estratégia de acolhimento apresentada pela Política Nacional de Humanização (PNH), em 2004, focada nos diversos processos de produção de saúde e no investimento em uma nova interação entre os sujeitos participantes do sistema de saúde, a fim de garantir acolhimento que possa oferecer respostas às necessidades das pessoas (BRASIL, 2004a; AZEVEDO et al., 2010).

O acolhimento por meio de classificação de risco, enquanto estratégia da PNH, sugere uma forma de atender todos os que procuram esse serviço. Nele estão inclusas propostas para o profissional adotar postura capaz de ouvir a queixa, para acolher e escutar as respostas com os pacientes. Essa nova postura faz com que o profissional seja sujeito ativo na produção de saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

No processo de acolhimento por classificação de risco, há uma identificação dos pacientes na porta de entrada, visando identificar pacientes que necessitam de atendimento imediato, segundo potencial de risco para agravo da saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

Na abordagem conceitual de acolhimento e triagem classificatória de risco é adotado o termo RAC (Recepção – Acolhimento – Classificação de Risco), obtendo mesmo significado da triagem, devendo ser contínuo, dinâmico e incluir atividades que tranquilizem os usuários e seus familiares, trazendo, assim, apoio emocional e segurança. As informações devem ser claras sobre o tempo de espera e zona de destino de cada cliente e, também, a orientação do fluxo onde o mais grave é priorizado em relação ao menos grave, gerando confiança na assistência prestada (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; BRASIL, 2009).

O processo de acolhimento envolve toda a equipe que presta cuidados diretos ou indiretos aos usuários. Dessa forma, inicia-se um trabalho de priorização das situações e organização, visando alcançar melhoria contínua no processo de cuidar do paciente (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

Segundo a Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, o atendimento às urgências deve ocorrer em unidades que tenham atendimento de pronto-socorro, os quais devem estar abertos 24h, caracterizando a

porta de entrada ao atendimento hospitalar (BRASIL, 2003).

O acolhimento, bem como a triagem classificatória de risco, deve

Ser realizado por profissional da saúde de nível superior, por meio de treinamento específico, e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tendo como objetivo avaliação do grau de urgência das queixas dos pacientes, visando deixar o atendimento por ordem de prioridade. (BRASIL, 2003, p. 59).

O processo de triagem é realizado por enfermeiros em vários lugares do mundo, diante da necessidade de competência para análises complexas. Os enfermeiros são os responsáveis pela gerência do cuidado prestado aos pacientes (ALBINO; GRESSEMAN; RIGGENBACH, 2007; BRASIL, 2002).

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo define que o acolhimento e o atendimento com classificação de risco são atividades privativas do enfermeiro (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2009), enquanto a consulta e a prescrição de enfermagem são regulamentadas pela Lei do Exercício Profissional.

O profissional enfermeiro é o indicado para realizar a avaliação e classificação dos pacientes que procuram o atendimento nas unidades de urgência e emergência, de forma que esse adote condutas definindo a priorização do atendimento. A classificação do paciente, segundo o grau de complexidade, envolve tomada de decisão para maior confiabilidade dessas ações.

Nesse sentido, as unidades de atendimento têm se baseado nas mais diversas escalas e protocolos de triagem, as quais têm como objetivo diminuir as possibilidades de viés de subjetividade inerente aos olhares de cada avaliador (FARROHKNIA et al., 2011).

No acolhimento emergencial, à classificação de risco junto ao uso dos protocolos, pode subsidiar as atividades da enfermagem garantindo segurança e qualidade de forma sistematizada e organizada (ULBRICH et al., 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2008)

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor definição científica. São orientações concisas sobre os testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico ou no seu dia a dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico

deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 11).

O acolhimento em PA com classificação de risco deve atender as necessidades dos usuários. Acolher com classificação é trazer ao atendimento um conceito humanizado do processo, envolvendo toda a equipe que presta cuidados diretos ou indiretos aos usuários (BRASIL, 2014a).

A fim de sistematizar a classificação de risco estão disponíveis diversos protocolos, os quais geram segurança no aspecto legal para as condutas tomadas pela enfermagem. Cabe apenas ressaltar que os protocolos não podem substituir a interação, o respeito, o diálogo que estão relacionados ao acolhimento do paciente, bem como a queixa, para avaliar a potencialidade do agravamento da saúde (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, as escalas de classificação de risco são ferramentas que têm contribuído para o processo de organização do fluxo de atendimento, segundo prioridade do estado clínico do paciente.

2.2 Protocolos de classificação de risco aplicados em urgência e emergência

Segundo Ferreira (1975), o termo triagem significa seleção e escolha, remetendo, assim, à lógica da exclusão. Segundo Gilboy et al. (2005), a palavra em inglês *triage* é uma derivação da palavra francesa *trier* que significa classificar, selecionar. No Brasil utiliza-se o termo classificação de risco para o processo que implica avaliação e determinação da prioridade do atendimento do paciente (SOUZA, 2009).

O termo triagem, segundo Pires (2003), não tem como finalidade excluir pacientes, mas estruturar o fluxo de atendimento aos pacientes de maneira que haja diagnóstico e tratamento do problema descrito pelo mesmo.

A literatura traz conceitos de existência de algum tipo de triagem em meados dos anos 1898, onde a enfermeira avaliava as queixas para encaminhar o paciente para o clínico ou para o cirurgião (GORDIS, 2004).

Nos Estados Unidos, foram os militares que iniciaram o processo de triagem, em que eram priorizados para atendimento os soldados feridos em

batalhas. Os soldados recebiam diferentes classificações as quais os direcionavam para o atendimento (GILBOY et al., 2005).

Por volta dos anos 1960, os médicos familiares passaram a exercer seus atendimentos em consultórios por meio de visitas agendadas, porém, quando esses consultórios fechavam aos fins de semana e feriados, os pacientes então procuravam atendimentos de urgência e emergência para serem atendidos, o que gerou, conseqüentemente, a superlotação desses setores. Nesse contexto, priorizar o atendimento para focar nos usuários que necessitam de cuidados imediatos se tornou necessário (GILBOY et al., 2005).

Nos anos 1960, na Austrália, inicialmente os pacientes de ambulância eram priorizados em relação aos que caminhavam, sendo esses atendidos por ordem de chegada. Nos anos 1970, foi criada uma escala de classificação com cinco prioridades conhecida como *Ipwich Triage Scale* (ITS), sendo informatizada e usada no país nos anos 1990 (GORDIS, 2004).

Por volta dos anos 1990, países como o Reino Unido e Canada também implantaram escalas com cinco níveis de prioridades. A escala de triagem de Manchester foi criada pelo Reino Unido para utilização em unidades de emergências. No ano 1997, foi criada a escala canadense *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS) (GILBOY et al., 2005).

No Brasil, por volta de 1997, vários hospitais iniciaram as adaptações dos protocolos internacionais para a realidade brasileira, implementando esses protocolos nas portas de entrada das unidades de urgência e emergência (MOSESON, 2014).

Os protocolos mais recomendados são: *Australasian Triage Scale* (ATS ©), *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS ©), *Emergency Severity Index* (ESI ©) e o *Manchester Triage System* (MTS ©). São conhecidos mundialmente e caracterizam-se por estratificar os riscos dos pacientes em cinco níveis. Dentre esses, o mais conhecido tem sido o protocolo de Manchester (FREITAS, 2002).

Vale destacar que a parte determinante do protocolo está na decisão final da triagem, para isso, o profissional que a realiza deve ser capacitado e preparado para essa função.

O acolhimento com classificação de risco tem se espalhado pelo Brasil todo, de maneira que as organizações têm adaptado protocolos internacionais ou, até mesmo, estão investindo tempo na implantação de novos protocolos, segundo realidade e características de suas instituições. A classificação de risco é uma

importante ferramenta na gestão e humanização da atenção aos usuários dos serviços de PA (FEIJÓ, et al.,2015).

Segundo Donabedian (2003), a probabilidade de um bom resultado é aumentada pela boa estrutura e o bom processo. A estrutura denota os atributos dos contextos em que ocorre o cuidado e inclui os atributos de recursos materiais, de recursos humanos (como o número e a qualificação de pessoal) e da estrutura organizacional. O processo denota o que é realizado em relação aos cuidados e inclui as atividades do profissional ao fazer um diagnóstico e recomendar ou implementar um tratamento. O resultado traduz os efeitos do tratamento sobre o estado de saúde dos pacientes e populações (DONABEDIAN, 2003).

Nessa perspectiva, implantar um processo que classifique a prioridade no atendimento é uma alternativa que, principalmente, gera segurança na qualidade da assistência prestada e também melhora o tempo de espera. Dessa maneira, atuar com classificação de risco é priorizar o atendimento, segundo avaliação das condições clínicas do paciente (SOUZA, 2009).

Vale enfatizar que as instituições têm utilizado os diversos protocolos de classificação de risco, visando auxiliar no processo de agilidade do atendimento, onde os usuários são classificados por cores, as quais representam o tempo de espera de cada categoria, segundo seu estado clínico-patológico (FEIJÓ, et al.,2015).

2.3 Modified Early Warning Score (MEWS)

A deterioração aguda dos pacientes é manifestada por meio de sinais fisiológicos alterados, os quais infelizmente são identificados tardiamente quando o paciente já está na enfermaria, culminando em maior morbimortalidade desses. Sendo assim, a complicação aguda dos pacientes pode ser reconhecida por meio da correta interpretação dos parâmetros (DEVITA et al., 2010; JONES et al., 2013).

Dessa forma, surgem os Escores de Alerta Precoce (*Early Warning Scores – EWS*), que são escalas de alerta que visam acompanhamento dos sinais fisiológicos para medir risco de deterioração precoce, agilizando a tomada de conduta (ALAM et al., 2014).

O Conceito dos EWS foi iniciado por Morgan; Willians e Wright (1997) e

vem apresentando diversas variações e modificações que refletem adequações de parâmetros e atribuições de ponderações adequadas. Os parâmetros preconizados para avaliação e obtenção do escore de gravidade são: frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, nível de consciência, temperatura e saturação periférica de oxigênio (DEVITA et al., 2010).

O aprimoramento da ferramenta do EWS surgiu em 2001 com a necessidade de adicionar o parâmetro de avaliação de dor. Foi então modificada a ferramenta e ela passa a ser chamada *Modified Early Warning Score* (MEWS), conforme descrito na Figura 1 (SUBBE et al., 2001).

Figura 1 – Escore de alerta modificado (*Modified Early Warning Score* – MEWS)

Escore de Alerta Precoce Modificado – <i>Modified Early Warning Score</i>							
Escore	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratória (min)		≤ 8		9 – 14	15 – 20	21 – 29	> 29
Frequência cardíaca (min)		≤ 40	41 – 50	51 – 100	101 – 110	111 – 129	> 129
PAS (mmHg)	≤ 70	71 – 80	81 – 100	101 – 199		≥ 200	
Temperatura (°C)		≤ 35	35,1 – 36	36,1 – 38	38,1 – 38,5	≥ 38,6	
Nível de consciência				Alerta	Reagindo ao chamado	Reagindo a dor	Irresponsivo
Os pontos para cada parâmetro são registrados no momento em que as observações são feitas. Se o total for de 4 ou mais, o médico da unidade é informado.							

Fonte: SUBBE et al. (2001)

Foi comprovado, no ano 2009, que o MEWS tem alto valor preditivo quanto ao desfecho clínico dos pacientes, mesmo quando calculado uma única vez. No ano 2012, foi constatado que o MEWS, associado à avaliação clínica do paciente no atendimento pré-hospitalar, contribui para maior sensibilidade na identificação de deterioração clínica (FULLERTON et al., 2012).

Desde 2012 novas escalas modificadas têm surgido, as quais estão sendo aprimoradas para avaliar outros parâmetros que atuem juntamente com o parâmetro de deterioração clínica como, por exemplo, competência dos profissionais, estrutura, entre outros (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, 2012).

Estudos têm mostrado que o MEWS exerce papel importante no

direcionamento do local mais adequado para a transferência do paciente, contribuindo para intervenções compatíveis com a condição clínica e gravidade do paciente. A proposta para aplicabilidade do MEWS em unidade de urgência tem sido sua associação com os protocolos, os quais direcionam maior confiabilidade e assertividade na conduta (DAY; OLDROUYD, 2010; HEITZ, et al., 2010).

Estudos demonstram que o escore de deterioração viabiliza a identificação de pacientes com risco iminente de morte e, também, a internação rápida desses em unidades de cuidados intensivos, diminuindo, assim, a mortalidade hospitalar (POURASGHAR, et al., 2014; SO, et al., 2015; MARTINS; CUNÃ; FREITAS, 2009).

O MEWS é uma ferramenta simples, que pode ser aplicada à beira do leito, sendo mais utilizada em enfermarias para identificar aqueles pacientes com escores alterados que necessitam de maior atenção da equipe, indicando as intervenções precoces que podem melhorar o desfecho evolutivo (McQUILLAN et al., 1998; SO, et al., 2015).

Nessa perspectiva, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), permite maior agilidade na disseminação de informação e transferência de conhecimento para os profissionais inseridos na assistência (OLIVEIRA, 2012), permitindo acompanhar a evolução clínica do paciente, bem como seu desfecho.

O PEP é um banco de dados que contém informação de toda assistência prestada ao paciente. O acesso remoto ao prontuário do paciente, conquistado hoje por meio do avanço da tecnologia, tem sido um ganho para a assistência e também para o campo da pesquisa (OLIVEIRA, 2012).

Existem, hoje, várias ferramentas informatizadas que atuam viabilizando todo o processo de acolhimento e classificação de risco dos pacientes, em especial no pronto atendimento.

Nessas situações, caracterizadas por demandas emergenciais e momentos de sobrecarga da assistência, as informações sistematizadas e padronizadas permitem rápida compreensão do estado de saúde do paciente (ou conjunto de pacientes) e contribuem para a agilidade e assertividade na tomada de decisão e condutas dos profissionais e gestores da saúde (COSTA, et al., 2015;).

Existe um campo promissor de pesquisa que atua na avaliação desses instrumentos, evidenciando a necessidade de análise acurada para que sejam considerados confiáveis e resolutivos, visando a qualificação da assistência prestada ao paciente (CREMONESI, et al., 2015).

Nesta pesquisa parte-se do pressuposto de que a utilização de dados disponíveis nos Sistemas de Informação Hospitalar e no prontuário do paciente favorece a análise da efetividade do processo de classificação de risco, baseado no MEWS, enquanto contribuição para otimização das ações da equipe de saúde, redução de complicações e índices de mortalidade nos atendimentos de urgência e emergência.

Diante do exposto, a pergunta norteadora da pesquisa foi: qual a evolução dos pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento, segundo protocolo de classificação de risco baseado no escore de alerta modificado (MEWS)?

3.1 Objetivo Geral

- Analisar a evolução dos pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento de um hospital privado, segundo protocolo de classificação de risco baseado no MEWS, por meio dos registros no Prontuário Eletrônico do Paciente.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento, segundo a classificação baseada no escore MEWS.
- Verificar a evolução dos pacientes que permaneceram internados, no período entre 24 e 48 horas após a admissão, segundo a classificação baseada no escore MEWS.
- Analisar a relação entre a classificação recebida com o tempo de internação e desfecho clínico dos pacientes.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo retrospectivo, descritivo e correlacional, realizado em um hospital privado, localizado em uma cidade do interior do estado de São Paulo.

4.2 Local do estudo

A instituição possui 127 leitos na unidade de internação, 20 leitos no Centro de Terapia Intensiva (CTI), 10 leitos na Unidade Coronariana (UC), 22 leitos na Unidade de Cuidados Especiais (UCE), 9 leitos e 10 cadeiras no pronto atendimento, 10 leitos na observação feminina, 9 leitos na observação masculina e 5 leitos na sala de emergência.

No período de coleta de dados, o pronto atendimento realizava, em média, 207 atendimentos/dia, com cerca de 6226 atendimentos mensais, sendo usuários de convênio médico e particular. Em janeiro de 2012, a instituição adotou um protocolo institucional para realização da triagem, com classificação de risco dos usuários, utilizando como valor preditivo a classificação de MEWS.

A instituição desenvolveu uma calculadora informatizada baseada no MEWS, viabilizando o registro dos sinais vitais pelos enfermeiros e a obtenção automática do escore final que define a priorização do paciente, conforme protocolo que contempla critérios para determinação dos fluxos de atendimento com maior clareza e racionalidade, visando o alcance de maior qualidade da assistência aos pacientes.

Figura 2 – Fluxograma do Pronto Atendimento

No referido período, a estrutura física da unidade de urgência contava com três salas de observação e a sala de emergência para atendimento de pacientes em estado crítico, e também os setores de apoio de imagem diagnóstica e laboratoriais. Vale destacar que no pronto atendimento, além do uso da ferramenta do MEWS, são adotados diversos protocolos norteadores que auxiliam na tomada de decisão relacionada à triagem, protocolos como dor torácica, sepse, Acidente Vascular Cerebral (AVC), grandes e pequenos traumas, cefaleia, cólica renal etc.

4.3 População, amostra e período do estudo

A população do estudo foi composta de todos os usuários atendidos no PA do referido hospital, avaliados e classificados por meio do protocolo de classificação de risco, segundo o escore de MEWS, no mês de novembro de 2016.

Dessa maneira, os usuários classificados na cor vermelha (Emergência) e amarela (Urgência), com idade maior que 18 anos e período mínimo de internação no hospital de 24 horas, foram selecionados para incluir a amostra do estudo.

Foram excluídos da pesquisa os pacientes classificados na cor verde (Pouca Urgência) e azul (Não Urgência), pois, de acordo com o fluxo interno

estabelecido nos protocolos de atendimento da instituição, esses usuários são atendidos no setor ambulatorial e retornam para o domicílio; foram excluídos, também, os pacientes dos quais não foi possível a busca e análise completa dos dados por falha de registros no prontuário eletrônico.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e dois auxiliares de pesquisa, no período de setembro a novembro de 2017. Inicialmente foi solicitado ao Serviço de Informática a listagem de todos os pacientes atendidos no PA, no mês de novembro de 2016, com especificação do registro do paciente e escore de MEWS (maior ou igual a 3), registrado no atendimento inicial, classificados na cor vermelha (Emergência) e amarela (Urgência). Posteriormente, os dados de interesse para a pesquisa foram obtidos por meio de busca no Prontuário Eletrônico do Paciente e nos Sistemas de Informação Hospitalar.

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro (APÊNDICE A) composto de duas partes: a primeira parte referente aos dados de identificação dos pacientes (sexo e idade) e a segunda referente aos dados de caracterização dos atendimentos (data e horário do primeiro atendimento, data e horário da admissão e alta hospitalar, queixa principal, classificação segundo o escore MEWS, segundo a cor amarela ou vermelha ou maior ou igual a 3), no atendimento inicial, 24h e 48h após a internação, ocorrência de transferências e desfecho, de acordo com o tipo de alta hospitalar, roteiro o qual foi adaptado de Pinto Júnior (2011).

No atendimento inicial, o acolhimento e avaliação com aplicação da classificação de risco é responsabilidade do enfermeiro que faz registro das queixas dos pacientes com mensuração dos sinais vitais, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura e saturação de oxigênio e dor.

A instituição criou, em parceria com o departamento de informática e sistemas, uma calculadora que adota os parâmetros do MEWS como normalidade. No momento da avaliação dos sinais fisiológicos do paciente, o enfermeiro lança os valores em campo determinado no sistema e, no final, o sistema realiza o cálculo com o valor do MEWS, direcionando inclusive a cor em que o paciente se enquadra e já sinalizando em tela de avaliação médica, priorizando, assim, o atendimento,

segundo a probabilidade de piora do quadro clínico do paciente.

4.5 Análise estatística

Os dados foram duplamente digitados em planilha formatada do programa Microsoft Office® Excel 2010 e, posteriormente, transportados para a análise estatística no programa IBM SPSS, versão 24.0, considerando-se: a caracterização da amostra, a identificação da classificação de risco (análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas); os desfechos secundários mortalidade, alta/transferência (teste de qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fischer) e tempo de permanência entre os grupos analisados (correlação de Spearman). Para a análise estatística adotou-se o nível de significância $\alpha=0,05$.

4.6 Aspectos éticos

A coleta de dados foi realizada mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, com solicitação de dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos sujeitos da pesquisa (Parecer nº 542.692), em cumprimento à Resolução CNS 466/12, estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

5.1 Caracterização dos pacientes em relação ao atendimento inicial

No período de 1 a 30 de novembro de 2016 foram realizados 6.226 atendimentos na unidade de pronto atendimento da instituição estudada.

A classificação dos pacientes, de acordo com a prioridade no atendimento, obtida a partir da lista de atendimentos no período de realização do estudo, correspondeu a quatro categorias: Azul (Não Urgência) – 3.524 (56,6%); Verde (Pouca Urgência) – 2.351 (37,7%); Amarelo (Urgência) – 323 (5,3%); e Vermelho (Emergência) – 28 (0,4%).

Os pacientes pertencentes às categorias Amarela e Vermelha (n=351) foram selecionados para participar da pesquisa. Desses, foram excluídos 26 pacientes, 20 devido à idade menor que 18 anos, e 6 por apresentarem inconsistência de dados (por exemplo, nome do paciente correto, porém o registro para análise em prontuário não condiz com o nome, ou ausência de algum dado no registro eletrônico, o que impossibilitava a análise correta da informação). Dessa forma, a amostra foi constituída de 325 pacientes, correspondendo a 5,2% do total de atendimentos no mês de novembro de 2016.

Os participantes da pesquisa em sua maioria eram do sexo feminino (193 – 59,4%), com média de idade de 54,6 anos (Desvio-Padrão – dp=20,8), dentre os quais, 141 (43,3%) tinham idade maior que 60 anos. Os dias da semana com maior número de atendimentos foram as segundas e quartas-feiras, respectivamente 60 (18,5%) e 58 (17,8%). Quanto ao horário de atendimento, 208 (64%) ocorreram no período entre 7h e 18h59min, enquanto 117 (36%) ocorreram no plantão noturno, correspondendo ao horário das 19h às 6h59min. Os escores de MEWS, registrados no atendimento inicial dos pacientes, apresentaram variação de 0 a 7, sendo 288 (88,6%) com MEWS de 1 a 2; 10 (3,2%) com MEWS 0; e 27 (8,3%) com MEWS maior ou igual a 3.

Vale destacar que foram identificados registros de MEWS correspondentes às categorias Não Urgência ou Pouca Urgência (menores que 3), nos prontuários eletrônicos dos pacientes classificados como Urgência ou Emergência, em relação à prioridade no atendimento inicial (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes (n=325), segundo faixa etária, sexo, dia e hora do atendimento e prioridade inicial na Unidade de Pronto Atendimento de um hospital privado, de acordo com o registro no Prontuário Eletrônico do Paciente. Ribeirão Preto, SP, 2017

Variáveis	n	%	Intervalo	Mediana	Média (desvio-padrão)
Faixa etária (anos)			18,4-101,1	55,1	54,6 (20,8)
18 a 29	95	29,2			
30 a 59	89	27,4			
60 a 79	96	29,5			
80 ou mais	45	13,8			
Sexo					
Feminino	193	59,4			
Masculino	132	40,6			
Dia do atendimento inicial					
Segunda-feira	60	18,5			
Terça-feira	44	13,5			
Quarta-feira	58	17,8			
Quinta-feira	45	13,8			
Sexta-feira	48	14,8			
Sábado	26	8,0			
Domingo	44	13,5			
Período do atendimento inicial					
da 0 às 6h59min	40	12,3			
das 7 às 12h59min	105	32,3			
das 13 às 18h59min	103	31,7			
das 19 às 23h59min	77	23,7			
Avaliação inicial – prioridade					
Não Urgência (MEWS=0)	10	3,1			
Pouca Urgência (MEWS=1 a 2)	288	88,6			
Urgência/Emergência (MEWS≥3)	27	8,3			

Para melhor compreensão e discussões futuras, optou-se por separar as queixas de acordo com a classificação por prioridades, segundo o MEWS registrado no atendimento inicial do paciente: Não Urgência (MEWS 0), Pouco Urgência (MEWS de 1 a 2) e Urgência/Emergência (maior ou igual a 3). As principais queixas dos pacientes registradas como Não Urgência foram: dor torácica e doenças mentais, com 2 (20%) respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição das queixas classificadas como Não Urgência no atendimento inicial na Unidade de Pronto Atendimento de um hospital privado, de acordo com o registro no Prontuário Eletrônico do Paciente. Ribeirão Preto, SP, 2017

Queixas – Não Urgência	n	%
Doença mental	2	20
Dor torácica	2	20
Acidente automobilístico	1	10
Dispneia	1	10
Disfagia	1	10
Dor abdominal	1	10
Mordedura e picada	1	10
Queda	1	10
Total	10	100

As queixas registradas como Pouca Urgência foram predominantemente: mal-estar geral (35 – 12,2%), dor abdominal (35 – 12,2%), dor lombar (23 – 8%), cefaleia (22 – 7,6%), dispneia (22 – 7,6%) e febre (22 – 7,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Descrição das queixas classificadas como Pouca Urgência no atendimento inicial na Unidade de Pronto Atendimento de um hospital privado, de acordo com o registro no Prontuário Eletrônico do Paciente. Ribeirão Preto, SP, 2017

Queixas – Pouca Urgência	n	%
Dor abdominal	35	12,2
Mal-estar geral	35	12,2
Dor lombar	23	8,0
Cefaleia	22	7,6
Dispneia	22	7,6
Febre	22	7,6
Dor torácica	18	6,3
Diarreia e/ou vômitos	17	5,9
Queda	13	4,5
Dor de garganta	10	3,5
Problemas em face	10	3,5
Acidente automobilístico	9	3,1
Feridas	9	3,1
Palpitação	9	3,1
Problemas urinários	9	3,1
Alteração de comportamento	7	2,4
Problemas de ouvido	5	1,7
Problemas em extremidades	4	1,4
Sangramento vaginal	3	1,0
Doença mental	2	0,7
Convulsões	1	0,3
Dor testicular	1	0,3
Mordeduras e picadas	1	0,3
Overdose e envenenamento	1	0,3
Total	288	100,0

As principais queixas classificadas como Urgência/Emergência foram: dor torácica (8 – 29,6%), dispneia (5 – 18,5%), mal-estar geral e palpitações com 3 (11,1%) respectivamente, desmaio e diarreia e/ou vômito com 2 (7,4%), respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 – Descrição das queixas dos pacientes classificados como Urgência/Emergência no atendimento inicial na Unidade de Pronto Atendimento em um hospital privado, de acordo com o registro no Prontuário Eletrônico do Paciente. Ribeirão Preto, SP, 2017

Queixas – Urgência/Emergência	n	%
Dor torácica	8	29,6
Dispneia	5	18,5
Mal-estar geral	3	11,1
Palpitações	3	11,1
Desmaio	2	7,4
Diarreia e/ou vômitos	2	7,4
Convulsões	1	3,7
Dor de garganta	1	3,7
Febre	1	3,7
Feridas	1	3,7
Total	27	100,0

Vale destacar que algumas queixas como dor torácica e dispneia também foram descritas enquanto queixas classificadas como Não Urgência ou Pouca Urgência, descritas anteriormente.

5.2 Evolução e desfecho clínico dos pacientes

Na análise dos dados, em relação à evolução e ao desfecho clínico, os pacientes foram divididos em dois grupos: com MEWS menor que 3 e MEWS maior ou igual a 3. Em relação aos pacientes incluídos na amostra (n=325), 298 (91,7%) foram classificados como MEWS menor que 3 e 27 (8,3%) como MEWS maior ou igual a 3. A partir do atendimento inicial, 249 (76,6%) tiveram alta hospitalar diretamente do pronto atendimento, 70 (21,5%) foram internados, 4 (1,2%) foram transferidos para outra instituição e 2 (0,6%) evadiram-se da unidade.

Do total de pacientes que evoluíram para internação (70 – 21,5%), foi possível o acompanhamento do MEWS nas 24h e 48h de internação. O tempo médio de internação dos pacientes corresponde a 7 dias, tendo variação entre 0 e 114 dias (dp=14,4).

Desses, 28 (40%) pacientes permaneceram internados de 3 a 7 dias, enquanto 2 (2,9%) pacientes permaneceram por mais de 30 dias na instituição. Dos pacientes que internaram (n=70), 61 (87,16%) tiveram alta hospitalar para casa, 8 (11,42%) foram a óbito e 1 (1,42%) teve alta a pedido (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização dos atendimentos no serviço de urgência, segundo o escore de MEWS, conduta inicial, tempo de internação (dias) e motivo da alta hospitalar, de acordo com o registro no Prontuário Eletrônico do Paciente de um hospital privado. Ribeirão Preto, SP, 2017

Variáveis	n	%	Intervalo	Mediana	Média (desvio-padrão)
MEWS inicial					
Baixo (MEWS<3)	298	91,7			
Médio/alto (MEWS≥3)	27	8,3			
Total geral	325	100,0			
MEWS 24h					
Baixo (MEWS<3)	59	18,2			
Médio/alto (MEWS≥3)	11	3,38			
Subtotal	70	21,5			
Não se aplica	255	78,5			
Total geral	325	100			
MEWS 48h					
Baixo (MEWS<3)	63	19,4			
Médio/alto (MEWS≥3)	2	0,6			
Subtotal	65	20			
Não se aplica	258	80			
Total geral	325	100,0			
Conduta inicial					
Alta hospitalar	249	76,6			
Internação	70	21,5			
Alta transferência	4	1,2			
Evasão	2	0,6			
Total	325	100			

continua...

Variáveis	n	%	Intervalo	Mediana	Média (desvio-padrão)
Tempo de internação (dias)			0–114	3	7,2 (14,4)
0 a 2	22	31,4			
3 a 7	28	40,0			
8 a 15	15	21,4			
16 a 30	3	4,3			
Mais de 30	2	2,9			
Total	70	100			
Motivo da alta					
Melhora	61	87,1			
Óbito	8	11,4			
Pedido	1	1,4			
Total	70	100			

Foi evidenciada diferença estatisticamente significativa em relação ao MEWS no atendimento inicial e ocorrência de internação hospitalar ($p < 0,001$) e transferências durante a internação ($p = 0,008$).

Também houve diferença estatisticamente significativa em relação ao MEWS em 24 horas ($p = 0,0019$) e 48 horas ($p = 0,007$) e evolução para óbito, conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 – Caracterização dos atendimentos no Pronto Atendimento, segundo os valores de MEWS, internação, transferências e evolução para óbito, de acordo com o registro no Prontuário Eletrônico do Paciente de um hospital privado. Ribeirão Preto, SP, 2017

Variáveis	Sim		Não		p valor
	n	%	n	%	
MEWS – atendimento inicial	Internação				<0,001*
Baixo (MEWS<3)	50	71,4	248	97,3	
Médio/alto (MEWS=3 ou mais)	20	28,6	7	2,7	
Total	70	100	255	100	
MEWS – atendimento inicial	Transferência				0,008**
Baixo (MEWS<3)	7	63,6	291	92,7	
Médio/alto (MEWS=3 ou mais)	4	36,4	23	7,3	
Total	11	100	314	100	
MEWS – 24h	Transferência				0,652**
Baixo (MEWS<3)	8	80,0	51	85,0	
Médio/alto (MEWS=3 ou mais)	2	20,0	9	15,0	
Total	10	100	60	100	
MEWS – 48h	Transferência				0,286**
Baixo (MEWS<3)	9	90	54	98,2	
Médio/alto (MEWS=3 ou mais)	1	10	1	1,8	
Total	10	100	55	100	
MEWS – atendimento inicial	Óbito				0,680**
Baixo (MEWS<3)	5	62,5	45	72,6	
Médio/alto (MEWS=3 ou mais)	3	37,5	17	27,4	
Total	8	100	62	100	
MEWS – 24h	Óbito				0,018**
Baixo (MEWS<3)	4	50	55	88,7	
Médio/alto (MEWS=3 ou mais)	4	50	7	11,3	
Total	8	100	62	100	
MEWS – 48h	Óbito				0,007**
Baixo (MEWS<3)	4	66,7	59	100	
Médio/alto (MEWS=3 ou mais)	2	33,3	0	0	
Total	6	100	59	100	

** Qui-quadrado de Pearson. **Teste Exato de Fisher

Foi identificada correlação entre o tempo de internação e os MEWS registrados nas primeiras 24 horas ($p=0,010$) e 48 horas ($p=0,022$) de internação dos pacientes atendidos no serviço de urgência de um hospital privado (Tabela 7).

Tabela 7 – Correlação de Spearman dos valores de MEWS, após 24 horas e 48 horas de internação, de acordo com o registro no Prontuário Eletrônico do Paciente de um hospital privado. Ribeirão Preto, SP, 2017

Variáveis	MEWS 24h	MEWS 48h
Tempo de internação (dias)		
Coeficiente correlação	0,305	0,284
P	0,010	0,022
Total de pacientes	70	65

Os resultados evidenciaram que a maior procura pelo Pronto Atendimento foi por mulheres, representando 59,4% (n=193) em relação aos homens, corroborando resultados apresentados por Souza et al. (2014), que realizaram estudo descritivo e documental em um hospital privado que utilizava a classificação de Manchester como ferramenta de classificação de risco, em que identificaram que, dos 364 pacientes avaliados, 209 (57,4%) eram do sexo feminino (SOUZA et al., 2014).

Estudo semelhante mostrou que a média de idade dos pacientes atendidos foi de 41,6 anos e, neste estudo, a média de idade foi de 54,5 anos (CREMONESI et al., 2015). Outro estudo realizado em 2015, em uma unidade de emergência, mostrou a faixa etária de atendimento de 59,1 anos. Percebe-se nesses estudos que a procura por pronto atendimento tem sido feita por pacientes na faixa etária de 55 a 60 anos (GARCIA; REIS, 2014).

Nesta pesquisa, foi identificada distribuição equilibrada na procura pelo serviço ao longo dos dias da semana, exceto aos sábados, que corresponde a 8% do atendimento do mês. Em relação ao horário do atendimento, o período da 0h às 6h59min corresponde à menor procura pelo serviço, o que também foi relatado por Diniz et al. (2014), onde o hospital pesquisado era de categoria privada, e com amostra contando com 364 pacientes, demonstrou que o atendimento das 23h até 6h59min representava apenas 0,5% de todos os atendimentos. Esse dado auxilia a equipe de gestão sinalizando a importância do correto dimensionamento da equipe assistencial (CREMONESI et al., 2015; DINIZ et al., 2014).

Mesmo com a tentativa de descentralizar os atendimentos de urgência/emergência em unidades de Pronto Atendimento, percebe-se que esse número tem crescido a cada ano, tornando esses serviços superlotados pela procura de assistência que seria resolvida em nível ambulatorial (CREMONESI et al., 2015).

A maioria das queixas apresentadas nos serviços de Pronto Atendimento não é considerada situação com risco de vida, porém compromete toda a dinâmica de trabalho para atendimento rápido e preciso do paciente com maior gravidade (CREMONESI et al., 2015).

Nesse sentido, foi identificada predominância de 298 (91,7%) escores de MEWS compatíveis com baixa ou nenhuma gravidade (MEWS menor que 3) e 27 (8,3%) compatíveis com quadro de urgência ou emergência (MEWS maior ou igual a 3). Vale ressaltar que as principais queixas identificadas como urgência/emergência

se repetem nas categorias de escores de menor gravidade, conforme também foi constatado por Diniz et al. (2014) e Sunyoto et al. (2014).

Estudo realizado em Minas Gerais, na cidade de Diamantina, em um hospital público, em que foram avaliados 509 pacientes atendidos em uma unidade de emergência, demonstrou que 443 (87%) tiveram alta hospitalar ou transferência da própria emergência, o que corrobora os dados desta pesquisa, por meio dos quais se evidenciou que 77,8% dos pacientes pesquisados tiveram o mesmo desfecho da pesquisa anterior. No mesmo estudo em Diamantina, foi evidenciado que a média de tempo de pacientes que ficaram internados foi de 7,6 dias, enquanto este estudo mostrou que a média do hospital em pesquisa foi de 7 dias de internação

Em outro estudo, realizado em São Paulo, em um hospital universitário e de alta complexidade, pesquisou-se amostra de 3.957 pacientes, e utilizou-se a classificação de Manchester, definida como alta prioridade (emergência/urgência) e baixa prioridade (urgente, pouco urgente e não urgente); no estudo em questão, mostrou-se que 89,7% dos pesquisados foram classificados como baixa prioridade. Comparando-se o estudo do hospital universitário com a proposta da atual pesquisa, em que foi correlacionado o valor de MEWS de 0 a 2 como não urgente/pouco urgente, nota-se que 298 (91,7%) pacientes tiveram classificação como baixa prioridade para o atendimento (BECKER et al., 2015).

Esses dados corroboram a constatação de que grande parte dos pacientes atendidos em unidades de Pronto Atendimento buscam o serviço sem a necessidade do atendimento de urgência, e com queixas que poderiam ser ajustadas em consultórios médicos (SUNYOTO et al., 2014).

Becker et al. (2015), mostram em seu estudo que há diferença estatística significativa em relação a grupos de priorização quanto à taxa de internação e óbito, visto que pacientes de urgência/emergência apresentaram taxa de internação cinco vezes maior, e taxa de óbito 10,6 vezes maior que os de não urgência/pouca urgência.

Esses dados comprovam os resultados deste estudo, visto que foi identificada diferença estatisticamente significativa em relação aos escores de MEWS no atendimento inicial e ocorrência de internação hospitalar ($p < 0,001$) e transferências durante a internação ($p = 0,008$), considerando que os pacientes que obtiveram MEWS menor que 3 (não urgente/pouco urgente) tiveram menor índice de internação e óbito quando comparados com pacientes de MEWS maior que 3

(urgência/emergência) (CREMONESI et al., 2015). Becker et al. (2015) também referem que pacientes classificados como urgente/emergente são os pacientes com maior índice de internação e óbito.

Também houve diferença estatisticamente significativa em relação aos escores de MEWS 24 horas ($p=0,018$) e 48 horas ($p=0,007$) e evolução para óbito. Foi identificada correlação entre o tempo de internação e os escores de MEWS registrados nas primeiras 24 horas ($p=0,010$) e 48 horas ($p=0,022$) de internação dos pacientes atendidos no serviço de urgência de um hospital privado.

Heiz et al. (2010), mostram relação de escore de MEWS elevado e óbito, o que foi demonstrado neste estudo, mostrando alta relação evidenciada por escore de MEWS elevado nos pacientes que evoluíram a óbito.

Fica evidenciado que, quando o MEWS é maior que 3 e a correta intervenção é realizada ocorre redução no valor do MEWS, evidenciada pela melhora clínica do paciente (MOSESON et al., 2014; SUBBE et al., 2006).

Souza et al. (2014) avaliaram a concordância dos protocolos realizados em pronto atendimento, evidenciando que a experiência e competência dos profissionais enfermeiros para realização do acolhimento é primordial para garantir o sucesso do uso da ferramenta e o correto desfecho clínico. Este estudo também mostrou que o uso isolado da ferramenta, sem a devida análise crítica do profissional triador, torna a ferramenta passível de falhas, assim, a ferramenta deve ser utilizada com junção da estrutura do escore, análise crítica do triador e protocolos clínicos associados.

7 CONCLUSÕES

O gerenciamento do fluxo de pacientes em uma unidade de emergência não é um trabalho simples, porém, a utilização de escores que priorizem o atendimento médico pode ser a chave para um desfecho favorável, considerando que os resultados evidenciam predominância de pacientes com baixo risco de vida.

No entanto, também deve ser destacado que nenhum escore é absoluto quando utilizado isoladamente. É indispensável a combinação de habilidade e conhecimentos do triador, bem como o acompanhamento sistemático na reavaliação clínica do paciente.

O MEWS pode ser uma ferramenta positiva nessa reavaliação, uma vez que ele determina os prazos de reavaliação dos sinais vitais e condições clínicas do paciente, permitindo assim acompanhar a evolução do paciente durante todo o período de permanência no serviço.

O MEWS mostrou-se ferramenta efetiva enquanto identificação de deterioração precoce, contribuindo para o direcionamento da assistência pela equipe de saúde. Porém, sua utilização isolada pode se tornar perigosa, perdendo a sensibilidade para abordagem de pacientes que podem não apresentar alterações de sinais fisiológicos, mas com quadro clínico que indique a necessidade de priorização no atendimento inicial.

Ficou evidente que o desfecho dos pacientes se tornou favorável quando o paciente teve a identificação de MEWS elevado, com correta priorização do atendimento médico, evidenciado por melhora do escore nas 24 e 48h dos pacientes que internaram.

A pesquisa realizada, a partir da análise dos registros obtidos nos Sistemas de Informação Hospitalar e Prontuário Eletrônicos dos pacientes, em uma única instituição e em um curto período de tempo não permite generalizações ou constatações precisas, evidenciando a necessidade de novas pesquisas.

No entanto, fica evidente a importância da aplicação do MEWS em conjunto com outros protocolos institucionais, sustentados por investimentos na capacitação e habilitação dos profissionais para o acolhimento e avaliação qualificados, ações imediatas e resolutivas, visando o alcance de uma rede assistencial integrada, estruturada e organizada no atendimento às urgências e emergências, enquanto importante componente do sistema de atenção à saúde das pessoas.

REFERÊNCIA¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

ALAM, N. et al. The impact of the use of the Early Warning Score (EWS) on patient outcomes: A systematic review. **Resuscitation**, London, v. 85, n. 5, p. 587-594, 2014.

ALBINO, R.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de urgência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007.

AZEVEDO, A. L. C. S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica Enfermagem**. v. 12, n. 4, p. 736-745, 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/6585/8497>>. Acesso em: 24 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048 de 5 de novembro de 2002. Dispõe sobre regulamento técnico das urgências e emergências e sobre serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. In: _____. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 59-64.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS - Acolhimento com avaliação classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Secretaria Executiva/Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. Manual Operacional. Porto Alegre: 2008. 11 p.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e gestão do SUS. **Acolhimento e Classificação de risco no serviço de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acessado em: 29 jun. 2014

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 354 de 10 de março de 2014**. Dispõe Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014**, Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BECKER, J. B. et al. Triage no serviço de emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 783-789, 2015.

CONSELHO REGINAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer Coren-SP CAT nº 014/2009**. Triage Clínica por técnico/auxiliar de enfermagem. 2009.

Disponível em: <<http://www.inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/14.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2014.

COSTA, M. A. R. et al. Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de Serviços Hospitalares de Emergência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 491-497, 2015. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/nf58zz>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

CREMONESI, P. et al. The Robustness and Effectiveness of the Triage System at Times of Overcrowding and the Extra Costs due to Inappropriate Use of Emergency Departments. **Applied Health Economics and Health Policy**, Auckland, v. 13, n. 5, p. 507-514, 2015

DAY, A.; OLDROUYD, C. The use of early warning scores in the emergency department. **Journal of Emergency Nursing**, East Lansing, v. 36, n. 2, p. 154-155, 2010.

DEVITA, M. A. et al. Identifying the hospitalized patient in crisis--a consensus conference on the afferent limb of rapid response systems. **Resuscitation**, London, v. 81, n. 4, p. 375-382, 2010.

DINIZ, A. S.; et al. Demanda Clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 312-320, 2014. doi:10.5216/ree.v16i2.21700.

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. **Oxford: Oxford University Press**, 2003.

DURO, C. L. M. et al. Perception of regarding risk classification in emergency care units. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 447-454, 2014.

FARROHKNIA, N. et al. Emergency Departmen Triage Sacles and Their Components: a systematic review of the scientific evidence. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, London, v. 19, p. 42, 2011. Disponível em: <<http://www.sjtrem.com/content/pdf/1757-7241-19-42.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2012.

FEIJÓ, V. B. R. et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 627-636, 2015.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 14ª imp. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 1499 p.

FULLERTON, J. N. et al. Is the Modified Early Warning Score (MEWS) superior to clinician judgement in detecting critical illness in the prehospital environment? **Resuscitation** London, v. 83, n. 5, p. 557-562, 2012.

FREITAS, P. **Triagem do serviço de urgência: Grupo de Triagem de Manchester**. 2ª ed. Portugal: BMJ Publishing Group, 2002. 149 p.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 261-267, 2014.

GILBOY, N. et al. **Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook**. Boston: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Publication. No. 05-0046-2. 2005

GORDIS, L. **Epidemiology**. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2004.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 31-37, 2013.

HEITZ, C. R. et al. Performance of the maximum modified early warning score to predict the need for higher care utilization among admitted emergency department patients. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v. 5, n. 1, p. E46-E52, 2010.

JONES, D. et al. Defining clinical deterioration. **Resuscitation** London, v. 84, n. 8, p. 1029-1034, 2013.

KYRIACOS, U. et al. Monitoring Vital Signs: development of a Modified Early Warning (Mews) System for General Wards in a Developing Country. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 1, e87073, 2014. doi:e87073.doi:10.1371/journal.

MARTINS, H. M. G.; CUNÃ, L. M. C. D.; FREITAS, P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 26, n. 3, p. 183-186, 2009.

McQUILLAN, P. et al. Confidential inquiry into quality of care before admission to intensive care. **BMJ**, London, v. 316, n. 7148, p. 1853-1858, 1998.

MORGAN, R. J. M.; WILLIAMS, F.; WRIGHT, M. M. An early warning scoring system for detecting developing critical illness. **Clinical Intensive Care**, London, v. 8, n. 2, p. 100, 1997.

MOSESON, E. M. et al. Intensive care unit scoring systems outperform emergency department scoring systems for mortality prediction in critically ill patients: a prospective cohort study. **Journal of Intensive Care**, London, v. 40, n. 2, 2014.

OLIVEIRA, J. F. Gestão de Tecnologias da Informação e da Comunicação na Saúde: uma análise sobre o uso do prontuário eletrônico. **Interface**, Natal, v. 9, n. 1, p. 6-25, 2012.

OLIVEIRA, S. N. et al. Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h: Percepção da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 238-244, 2015.

PARENTI, N. et al. A Systematic review on the vality and reability of emergency department triage scale, the Manchester Triage Sustem. **Internacional Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 51, n. 7, p. 1062-1069, 2014.

PIRES, P. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)**. 2003. 206 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

POURASGHAR, R. et al. Kappa agreement of emergency department triage scales: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Clinical Research & Governance**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 124-133, 2014.

PINTO JUNIOR, D. **Valor Preditico do protocolo de classificação de risco em unidade de urgência de um hospital municipal de Belo Horizonte**. 2011. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2011.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. **National Early Warning Score (NEWS) Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS**. London: RCP, 2012. p. 1-47.

SO, S.N. et al. Is the Modified Early Warning Score able to enhance clinical observation to detect deteriorating patients earlier in an Accident & Emergency Department?. **Australasian Emergency Nursing Journal**, Amsterdan, v. 18, n. 1, p. 24-32, 2015.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância de classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 2009. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SOUZA, C. C. et al. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 32, n. 1, p. 78-86, 2014.

SUBBE, C. P. et al. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. **QJM**, Oxford, v. 94, n. 10, p. 521-526, 2001.

SUBBE, C. P. et al. Validation of physiological scoring systems in the accident and emergency department. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 23, n. 11, p. 841-845, 2006.

SUNYOTO, T. et al. Providing emergency care and assessing a patient triage system in a referral hospital in Somaliland: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, London, v. 14, p. 531, 2014.

TAVARES, R. C. F. et al. Validação de Escore de Alerta Precoce Pré-Admissão na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 124-127, 2008.

ULBRICH, E. M. et al. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 286-292, 2010.

APÊNDICE A - Roteiro para coleta de dados

1. Data início atendimento (dd/mm/aaaa): Horário:
2. Data da internação (dd/mm/aaaa): Horário:
3. Código de identificação: Registro:
4. Data de nascimento (dd/mm/aaaa): Idade:
5. Sexo: M () F ()
6. Queixa principal na admissão:
7. Diagnóstico(s) médico:
8. Fluxograma do atendimento:
9. Unidade da internação:
10. Classificação obtida: Vermelho () Amarelo () Verde () Azul ()
11. Desfecho: óbito () alta domicílio () alta transferência ()
12. MEWS Inicial: 24h: 48h:

Responsável pela coleta: Débora Mendes do Nascimento

ANEXO A

Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, com solicitação de dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos sujeitos da pesquisa (Parecer número: 542.692).

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO DOS PRINCIPAIS PACIENTES ADMITIDOS EM UM HOSPITAL PRIVADO NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO, SEGUNDO PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COM BASE NO SCORE DE MEWS

Pesquisador: Débora Mendes do Nascimento

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24929713.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 542.692

Data da Relatoria: 12/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de pendência de análise anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

1. Inserir versão do TCLE, contendo data e versão, em nota de rodapé (Exemplo: VERSÃO02_TCLE_Mês/Ano).
2. Rever no TCLE do responsável legal a frase "Declaro que concordo, e permitir utilizar..."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As demais Recomendações foram adequadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado no 175º do CEP EERP

RIBEIRÃO PRETO, 26 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)