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

TATIANE DE JESUS MARTINS MENDES

**Avaliação de um protocolo de Acolhimento com Classificação de
Risco em relação à capacidade de predizer o desfecho clínico**

**RIBEIRÃO PRETO
2017**

TATIANE DE JESUS MARTINS MENDES

Avaliação de um protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em relação à capacidade de prever o desfecho clínico

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: Tecnologia e inovação no cuidado em enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Angelita Maria Stabile

RIBEIRÃO PRETO
2017

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.

Mendes, Tatiane de Jesus Martins

Avaliação de um protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em relação à capacidade de prever o desfecho clínico. Ribeirão Preto, 2017.

76 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: Profa. Dra. Angelita Maria Stabile

1. Medidas de Associação. 2. Exposição, Risco ou Desfecho. 3. Serviços médicos de Emergência. 4. Emergências. 5. Classificação.

MENDES, Tatiane de Jesus Martins

Avaliação de um protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em relação à capacidade de prever o desfecho clínico

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

Ao meu esposo Luciano, meus filhos Ana Laura, Giovana e Lucas, que com paciência e amor souberam compreender meus momentos de dificuldade e minhas ausências durante esta trajetória. Com carinho me apoiaram e incentivaram na elaboração deste trabalho. Nosso amor e união cresceram ainda mais.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que na sua infinita misericórdia deu-me forças para superar os desafios e prosseguir até o fim.

*À minha querida orientadora **Dra Angelita Maria Stabile**, pela competência, zelo, sabedoria, por toda paciência e compreensão com as minhas dificuldades, por me acolher e me acompanhar nesta trajetória.*

*Ao **Jonas**, pelo conhecimento e orientação compartilhados, sempre disponível em nos auxiliar.*

*Aos **professores** do Mestrado Profissional, pela partilha do conhecimento, que nos mostra que é possível aliar o conhecimento científico à prática profissional.*

*Aos **colegas** do Mestrado profissional, onde tivemos uma ótima convivência, com partilhas e a ajuda mútua. Os laços de amizade permanecerão para sempre.*

*À amiga **Patrícia**, companheira de viagens, estudos e partilhas. Obrigada por todo conhecimento partilhado, você sempre me inspirou a ir mais profundo nos estudos. Com certeza sua presença me auxiliou a crescer pessoalmente e profissionalmente.*

*À **Lúcia** e **Angélica**, por gentilmente cederem sua sala para que a coleta de dados fosse realizada.*

*Ao **Dr Marco Benedetti**, que concedeu a autorização para que esta pesquisa fosse realizada.*

*As amigas Laura, Lillian, Mônica Alves e Juliana Campos, pelo incentivo,
encorajamento e auxílio na construção desta dissertação.*

À minha irmã Taise, que sempre esteve presente e se fez suporte na minha vida.

*De modo especial à amiga Lucinéia, obrigada pelo companheirismo, disponibilidade e
prontidão em me ajudar. Amiga para todas as horas.*

“Conhece-te, aceita-te, supera-te.”

(Santo Agostinho)

RESUMO

Mendes, Tatiane de Jesus Martins. **Avaliação de um protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em relação à capacidade de predizer o desfecho clínico.** 2016. 76 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Os serviços de saúde destinados ao atendimento às urgências e emergências encontram-se, em sua grande maioria, superlotados ocasionando longas filas de espera, o que pode resultar em prejuízo para o atendimento às pessoas com agravos que demandam urgência no atendimento. Diante deste cenário, faz-se necessário uma organização do sistema, a fim de evitar danos aos pacientes que aguardam por atendimento médico. Neste contexto, o Acolhimento com Classificação de Risco traz ao atendimento de urgência e emergência um norteador para classificar os pacientes e realizar atendimento segundo o potencial de risco, atendendo os casos prioritários e não mais por ordem de chegada. Sendo assim, este estudo teve como objetivo avaliar a capacidade de um protocolo de Classificação de Risco adaptado do Ministério da Saúde em predizer o desfecho clínico dos pacientes. O estudo foi realizado em uma unidade de urgência e emergência de um hospital privado do interior paulista, compreendendo os meses de julho de 2014 a junho de 2015, com uma amostra de 1674 prontuários de pacientes que buscaram atendimento clínico. Dos prontuários avaliados, 65% eram de pacientes do sexo feminino, com média de idade de 42,0 anos, a queixa mais frequente estava relacionada ao trato digestório (14,8%). A maioria dos pacientes atendidos foi classificada como pouco urgente (verde) 91,2%, seguido de 8,8% de urgentes (amarelos) e 0,1% classificados como emergentes (vermelho). O tempo de atendimento pela classificação de risco e atendimento médico se mostrou-se mais breve nas classificações com maior prioridade. Na análise dos desfechos, 98,7% receberam alta após atendimento médico, tendo como prevalente a classificação não urgente. Dos pacientes encaminhados à internação 59,1% foram classificados como emergentes/urgentos. Ao relacionarmos a classificação de risco com o escore de alerta precoce (MEWS), observamos uma pontuação superior nos pacientes classificados como emergentes/urgentos, sendo que os pacientes internados obtiveram pontuação maior dos que foram liberados de alta. Os resultados

encontrados demonstraram que a classificação de risco foi efetiva em definir a prioridade de atendimento dos pacientes em uma unidade de urgência e emergência.

Descritores: Medidas de Associação, Exposição, Risco ou Desfecho; Serviços médicos de Emergência; Emergências; Triagem.

ABSTRACT

Mendes, Tatiane de Jesus Martins. **Assessment of a Welcoming Protocol with Risk Classification concerning the ability to envisage the clinical outcome.** 2016. 76 pp. Dissertation (Master Degree). Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

The health services intended to provide urgent and emergency care are mostly overcrowded, which causes long waiting queues and may entail damage to the care of injured people requiring urgent care. Faced with this scenario, there is a need to organize the system, with the purpose of avoiding losses to the patients waiting for medical care. In such a context, the Welcoming with Risk Classification provides the urgent and emergency care with a guiding principle to classify patients and accomplish care actions in line with the potential risk, thereby caring for priority cases, and no longer on a first-come first-served basis. Accordingly, this study was aimed to assess the ability of a Risk Classification protocol adapted from the Ministry of Health to envisage the clinical outcome of the patients. The study was held in an urgent and emergency unit in a private hospital in the countryside of São Paulo, between the months of July 2014 and June 2015, with a sample of 1674 medical charts of the patients that sought clinical care. Of the assessed medical charts, 65% belonged to female patients, with an average age of 42.0 years, where the most frequent complaint was related to the digestive tract (14.8%). Most of patients served were classified as less urgent (green), 91.2%, followed by 8.8% classified as urgent (yellow) and 0.1% classified as emergency (red). The service time by the risk classification and medical care has proved to be shorter in the classifications with greater priority. Upon analyzing the outcomes, 98.7% were discharged after medical care, where the non-urgent classification was prevalent. Of the patients referred for hospitalization, 59.1% were classified as emergency/urgent. When relating the risk classification with the early warning score (MEWS), we noted a higher score in the patients classified as emergency/urgent, and the hospitalized patients have reached scores higher than those who were discharged. The results found have shown that the risk classification was effective in defining the priority of care of patients in an urgent and emergency unit.

Keywords: Association Measures, Exposure, Risk or Outcome; Emergency Medical Services; Emergencies; Triage

RESUMEN

Mendes, Tatiane de Jesus Martins. **Evaluación de un protocolo de Acogida con Clasificación de Riesgo con relación a la capacidad de predecir el resultado clínico.** 2016. 76 h. Disertación (Maestría). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Los servicios de salud destinados a la atención de urgencias y emergencias se encuentran superpoblados en su gran mayoría, ocasionando largas filas de espera, lo que puede resultar en perjuicio para la atención a las personas con agravamientos que demandan urgencia en la atención. Frente a este escenario, es necesaria una organización del sistema, con el fin de evitar daños a los pacientes que aguardan atención médica. En este contexto, la Acogida con Clasificación de Riesgo trae a la atención de urgencia y emergencia un principio rector para clasificar los pacientes y conducir la atención según el potencial de riesgo, atendiendo los casos prioritarios, y no más por orden de llegada. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo evaluar la capacidad de un protocolo de Clasificación de Riesgo adaptado del Ministerio de Salud para predecir el resultado clínico de los pacientes. El estudio fue realizado en una unidad de urgencia y emergencia de un hospital privado del interior de São Paulo, entre los meses de julio de 2014 y junio de 2015, con una muestra de 1674 prontuarios de pacientes que buscaron atención clínica. De los prontuarios evaluados, el 65% eran de pacientes del sexo femenino, con un promedio de edad de 42,0 años, donde la queja más frecuente estaba relacionada al tracto digestivo (el 14,8%). La mayoría de los pacientes atendidos fueron clasificados como poco urgente (verde), el 91,2%, seguidos por el 8,8% de urgentes (amarillo) y el 0,1% clasificados como emergenciales (rojo). El tiempo de atención por la clasificación de riesgo y atención médica se mostró más breve en las clasificaciones con mayor prioridad. En el análisis de los resultados, el 98,7% recibieron alta después de la atención médica, teniendo como prevalente la clasificación no urgente. De los pacientes encaminados para internación, el 59,1% fueron clasificados como emergenciales/urgentistas. Al relacionar la clasificación de riesgo con los escores de alerta precoz (MEWS), notamos una puntuación superior en los pacientes clasificados como emergenciales/urgentistas, siendo que los pacientes internados obtuvieron una puntuación mayor en comparación con los que

fueron liberados a través de alta. Los resultados encontrados han demostrado que la clasificación de riesgo fue efectiva para definir la prioridad de atención de los pacientes en una unidad de urgencia y emergencia.

Palabras clave: Medidas de Asociación, Exposición, Riesgo o Resultado; Servicios Médicos de Emergencia; Emergencias; Triage

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxo de Atendimento da Unidade de Emergência com Acolhimento e Classificação de Risco.	39
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características dos protocolos de triagem de cinco níveis mais utilizados internacionalmente.....	30
Tabela 2	Tempo de espera entre a recepção e a classificação de risco e tempo de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico, segundo a classificação de cor atribuída.....	46
Tabela 3	Proporção de liberações (altas) e hospitalizações, distribuição dos locais de internação e desfecho clínico (alta ou óbito).....	47
Tabela 4	Associação entre o escore MEWS e a classificação de risco estratificada por cores e entre o escore MEWS e o destino do paciente após o atendimento médico.	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR: Acolhimento com Classificação de Risco

ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar

ATS- *Australasian Triage Scale*

AVC- Acidente vascular cerebral

CTAS- *Canadian Triage and Acuity Scale*

CTI- Centro de Terapia Intensiva

DP- Desvio padrão

ESI- *Emergency Severity Index*

EWS- *Early Warning Score*; Escore de alerta precoce

IAM- Infarto agudo do miocárdio

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IVAS: Infecção das vias aéreas superiores

MEWS- *Modified Early Warning Score*, Escore de alerta precoce modificado

MTS- *Manchester Triage Scale*

NEWS- *National Early Warning Score*

ONA- Organização Nacional de Acreditação

P- Prevalência

PA- Pronto atendimento

PAUH- Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalar

PNAU- Política Nacional de Atenção às Urgências

RUE- Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU- Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel

SPSS- *Statistical Package for Social Sciences*

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

USA- Unidade de suporte avançado de vida terrestre

USB- Unidade suporte básico de vida terrestre

VIR- Veículo de intervenção rápida

LISTA DE SÍMBOLOS

<- Sinal de menor

>- Sinal de maior

°C- Grau Celsius

$z_{\alpha/2}$ - Representa o nível de significância adotado

ε - Erro relativo

% - Sinal de porcentagem

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	17
2.	REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1	Serviços Médicos de Emergência no Brasil.....	23
2.2	Organização do atendimento nos Serviços de Emergência do Brasil.....	26
2.3	Sistemas de Classificação de Risco	27
2.4	A atuação do enfermeiro na Classificação de Risco	31
3.	OBJETIVOS	33
3.1	Objetivo Geral	34
3.2	Objetivos Específicos	34
4.	4 MATERIAIS E MÉTODOS	35
4.1	Delineamento	36
4.2	Local do estudo	36
4.3	População e amostra do estudo	40
4.4	Variáveis em estudo e coleta de dados	40
4.5	Análise estatística	41
4.6	Considerações éticas	42
5.	5 RESULTADOS	43
5.1	Caracterização dos pacientes	44
5.2	Análise dos atendimentos do Acolhimento com Classificação de Risco.....	44
5.3	Análise dos desfechos dos atendimentos.....	45
6.	DISCUSSÃO	48
7.	CONCLUSÕES	56
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICE.....	67
	ANEXOS.....	70

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde define atendimento de emergência como “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”; e urgência como “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (BRASIL, 2014).

Com a publicação da Portaria 2048/GM de 2002, o Ministério da Saúde faz o diagnóstico do atendimento nos serviços de urgência e emergência, nas quais a demanda é crescente e acolhem-se pacientes com urgências propriamente ditas, percebidos como urgências, pacientes da atenção primária e especializada e as urgências sociais, ocasionando a superlotação e sobrecarga ao serviço (BRASIL, 2002). Além disso, muitos serviços de urgência e emergência atuam seguindo o antigo sistema de atendimento por ordem de chegada, sem critérios para priorização. Desta maneira pacientes com quadros graves necessitando de atendimento prioritário, aguardam por horas enquanto urgências de baixa complexidade têm atendimento imediato, resultando em prejuízos na qualidade do serviço, colocando em risco a vida dos pacientes (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização de 2004, trouxe a prática do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como um norteador para ordenar e humanizar os serviços de urgência e emergência, que almejam atender a todos que procuram o serviço de saúde (BRASIL, 2004).

O termo triagem é o mais utilizado internacionalmente, sendo que no Brasil assume o termo avaliação e classificação de risco aliada ao acolhimento, sendo definido como primeiro processo de avaliação, utilizado para dar prioridade aos doentes que chegam ao serviço de urgência e emergência. A necessidade de oferecer prioridade a estes pacientes é ressaltada pela demanda considerável para o atendimento de emergência, superlotação e pelos recursos limitados (PARENTI, et al., 2014). Mackway-Jones, Marsden, Windle (2006), fazem referência à triagem como um sistema de gestão de risco clínico empregado em serviços de emergência, difundida pelo mundo, utilizada para gerir o fluxo de pacientes com segurança, quando a necessidade clínica excede a segurança para o atendimento.

O ACCR consiste na sistematização de um processo da classificação de risco, com ênfase nas ações de acolhimento do paciente e acompanhante pela equipe de saúde, buscando a humanização da assistência (INOUE, et al., 2015). O

ACCR é uma ação técnica assistencial que proporciona uma mudança na relação entre usuário e profissional, tornando o usuário partícipe do processo. É um processo dinâmico que identifica os pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento apresentado pelo paciente (BRASIL, 2004).

O ACCR deve estar aliado a uma dimensão espacial, pautada na recepção administrativa e ambiente confortável ou uma ação de triagem, com uma seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço de saúde naquele momento. No entanto, quando esses aspectos são usados separadamente dos processos de saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida; portanto, o acolhimento deve ocorrer articulado com várias diretrizes propostas para as mudanças no processo de trabalho e gestão dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Segundo Souza (2013), o objetivo da ACCR não é realizar diagnóstico médico, mas avaliar a gravidade do paciente por meio dos sinais e sintomas apresentados. Deve ocorrer a avaliação de risco e as suas vulnerabilidades considerando os usuários e suas redes sociais, avaliando tanto o grau de sofrimento físico quanto psíquico.

A classificação de risco isolada não garante uma melhoria na qualidade da assistência, sendo necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco (BRASIL, 2009). A utilização de protocolos na classificação de risco permite que os profissionais possam seguir os mesmos parâmetros na classificação dos pacientes segundo a sua gravidade, diminuindo a possibilidade de subjetividade nesse atendimento (SOUZA, 2013).

O presente estudo foi realizado em um hospital privado do interior paulista, no qual o ACCR foi implantado em 2008, utilizando como referência o Protocolo de Classificação de Risco proposto pelo Ministério da Saúde em 2004, por meio da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), que utiliza um sistema de cores para realizar a classificação dos pacientes, sendo vermelho (emergente), amarelo (urgente), verde (menor urgência) e azul (não urgência) (BRASIL, 2004).

De acordo com Parenti et al., (2014), validade refere-se ao acordo entre o valor de uma medição e seu verdadeiro valor. Uma escala de triagem é válida se

mede o que é suposto para medir: “verdadeira urgência”. Para avaliar a validade dos sistemas de triagem um padrão ouro tem que ser definido. Muitas medidas de resultado e padrão referência para urgência têm sido utilizadas, como a validade em sensibilidade, capaz de identificar pacientes de alta urgência e a validade em especificidade, sendo a capacidade de identificar pacientes com problemas de baixa urgência.

Um discriminador que foi utilizado para validar o protocolo foi o escore de alerta precoce (*Modified Early Warning Score* - MEWS), que tem com finalidade a identificação precoce do risco de deterioração clínica do paciente. A soma dos pontos é conhecida como o escore de alerta precoce (EWS), usado para atendimento direto, para incrementar o monitoramento de sinais vitais e acionamento de time de resposta rápida. As variáveis que são alocados incluem normalmente taxa de pulso, frequência respiratória, pressão arterial e uma medida do nível de consciência (SMITH et al., 2008).

Posteriormente modificada por outros estudiosos, foram incluídas outras avaliações como saturação de oxigênio, escala de Glasgow, débito urinário e dor (KYRIACOS et al., 2014). A soma da pontuação desta escala traduz-se em diferentes graus de risco e determina a avaliação dos sinais vitais e o nível de consciência conforme a alteração dos mesmos, sendo a cada seis horas se a pontuação atingir de 0 a 1, se $>$ ou igual a 2 a cada quatro horas, se > 5 a cada trinta minutos, até estabilizar ou houver intervenção médica. Os pacientes com escore alterado e com aumento progressivo necessitam de maior atenção pela equipe, considerando que a intervenção precoce pode melhorar o desfecho clínico do paciente (Tavares et al., 2008). Esse instrumento mostrou-se capaz de identificar pacientes em risco, sendo viável como uma ferramenta para desencadear a avaliação precoce e internamento na UTI (LAM et al., 2006).

Subbe, et al., (2003), classificam os pacientes conforme a pontuação obtida no escore de MEWS, sendo baixo risco quando o escore varia entre 0-2, risco intermediário entre 3-4 e alto risco se pontuação > 4 .

O escore demonstra a ocorrência de pontuações mais altas encontradas na admissão dos pacientes e diminuindo ao longo do tratamento. A ocorrência de pontuações de 5 ou mais se mostram associadas a um aumento no risco de morte e admissão na UTI. Observa-se com isso a importância desse paciente que adentra o serviço de urgência e emergência também ser avaliado e acompanhado pelo MEWS

(SUBBE; KRUGER; RUTHERFORD, 2001).

O tema que envolve a implantação e utilização da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência no Brasil é relativamente recente, e as políticas públicas vêm abordar aspectos envolvendo este tema em meados do ano 2000. Além disso, o fato de haver escassez de estudos no âmbito das instituições privadas e a necessidade de validar os instrumentos que são utilizados nas instituições de saúde nos trouxe a motivação de realizar este estudo.

Apesar de na instituição de saúde haver o registro sistemático dos atendimentos e da classificação de risco dos pacientes, ainda não tinha sido realizada a avaliação da efetividade do ACCR para prever a evolução clínica dos pacientes. Este tipo de avaliação trará importante contribuição para a Instituição, visto que permitirá avaliar o processo de classificação de risco, a efetividade do protocolo utilizado, antever a demanda de atendimento e, conseqüentemente, possibilitará a adequação dos recursos humanos e materiais, maior organização no atendimento, resultando em melhoria da assistência para os pacientes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Serviços Médicos de Emergência no Brasil

A área de urgência e emergência constitui-se em um importante componente para a assistência à saúde, mas o que se observa é uma crescente demanda por esse tipo de serviço. Para compreender esse fato, faz-se necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia uma alta morbimortalidade relacionada às violências e acidentes de trânsito entre os jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), somada ao crescimento da população acima de 60 anos, contribuindo para uma sobrecarga nos serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2013).

Essa sobrecarga também pode ser evidenciada pela procura do serviço de urgência e emergência como porta de entrada. Em um estudo realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento no interior de Minas Gerais, mais de 50% dos atendimentos realizados foram classificados como inadequados pelo Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalar (PAUH), sendo que 10,1% dos atendimentos tiveram no seu desfecho encaminhamentos para serviços de atenção primária, os quais deveriam funcionar como porta de entrada preferencial para o serviço de saúde (MACHADO et al., 2012).

Dentro deste contexto encontramos o sistema de saúde suplementar, que integra o sistema de saúde brasileiro regulamentado, inicialmente, pela lei 9.656/98, que torna obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de emergência. Segundo levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado no ano de 2013, que investigou sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde, 27,9% da população possui algum plano de saúde (médico ou odontológico), chegando a 36,9% da população na Região Sudeste. Em relação à procura pelo serviço de saúde, 77,8% das pessoas relatam, procurar pelo mesmo local, médico ou serviço de saúde, sendo mais frequentes entre a faixa etária de 0 e 17 anos, seguidas pelas pessoas com mais de 60 anos. A busca pelo consultório particular ou clínica privada é informada por 20,6% das pessoas, as unidades de pronto atendimento público ou emergência de hospital público são a primeira opção

para 11,3% e os estabelecimentos de pronto atendimento ou emergência de hospital privado foram apontados por 4,9% das pessoas investigadas (IBGE, 2015).

O Ministério da Saúde ao realizar o diagnóstico das urgências e emergências dispõe, na Portaria 2048 de 2002, sobre a liberação de recursos para adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes destas redes, além da implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, sendo imprescindível a estruturação do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, de forma a envolver toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar, serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, resgate e ambulâncias do setor privado) até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada componente pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitando seus limites de complexidade e capacidade de resolução (BRASIL, 2002).

Em 2003, pela Portaria 1.863, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências, a qual já destacava a necessidades de descentralização da atenção realizada exclusivamente pelos tradicionais prontos-socorros. A Portaria 1.864 de 2003 realiza a implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência e também dispõe sobre alguns aspectos como os Núcleos de Educação em Urgências, com vista à capacitação permanente dos trabalhadores e adequação curricular das Instituições formadoras (BRASIL, 2003).

Dentro dessa rede cada um desempenha seu papel, sendo o da Atenção Básica buscar a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo, responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências até o encaminhamento dos pacientes para outros pontos de atenção quando se fizer necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidade. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o Conjunto de Serviço de Urgência 24/h são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e a rede hospitalar, com funcionamento 24 horas por dia, garantindo o acolhimento aos pacientes, intervindo em sua condição clínica e contrarreferenciando-os para os demais pontos de atenção, proporcionando a continuidade do tratamento. As unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências são definidas como uma área de assistência hospitalar de urgência e emergência, não podendo apresentar infraestrutura inferior à de uma unidade não hospitalar (BRASIL, 2002).

As unidades de urgência e emergência especializadas são unidades funcionais presentes em hospitais gerais ou especializados, aptas a prestar assistência de urgência e emergência de média ou alta complexidade. Podem ser divididas em três tipos, conforme o atendimento de urgência e emergência prestado. O primeiro engloba os atendimentos de natureza clínica e cirúrgica pediátrica, traumatologia ou cardiologia; o segundo abrange todos os atendimentos de natureza clínica e cirúrgica e o terceiro tipo realiza atendimentos de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica e incorpora atividades de capacitação e atualização dos recursos humanos no próprio estabelecimento. Já as unidades de urgência e emergência gerais são estabelecimentos assistenciais de saúde ou unidades funcionais presentes em hospitais gerais, de pequeno ou médio porte, aptas a prestar assistência de urgência ou emergência correspondente à média complexidade (BRASIL, 2012).

Os serviços de atendimento móvel às urgências são os componentes que visam ordenar o fluxo e disponibilizar o atendimento precoce e o transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, gineco-obstétricas, traumáticas e psiquiátricas (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi reformulada em 2006, trazendo o componente hospitalar como eixo principal da atenção às urgências e emergências, tendo como objetivo o atendimento dos casos mais graves e a resolubilidade dos casos com menor urgência utilizando-se do ACCR (BRASIL, 2006).

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria consolidando a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS, solidificando as estratégias para assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolubilidade e tempo oportuno. E dessa forma, permitindo uma melhor organização da assistência, articulando diversos pontos de atenção e definindo os fluxos e as referências adequadas e articulando as três esferas da gestão (BRASIL, 20013).

Em 2013, o Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Atenção Hospitalar vem reforçar que as portas hospitalares de urgência e emergência deverão implementar o acolhimento e protocolo de classificação de risco em suas unidades (BRASIL, 2013).

2.2 Organização do atendimento nos Serviços de Emergência do Brasil

O Ministério da Saúde reforça a dimensão do acolhimento focado nos serviços de urgência, tendo como justificativa a superação de alguns desafios, dentre eles: a superlotação, o processo de trabalho fragmentado, os conflitos, a exclusão dos usuários na porta de entrada, o desrespeito aos direitos dos usuários e a pouca articulação com a rede de serviços. Enfoca ainda o conceito de acolhimento como ato ou efeito de acolher, expressando uma ação de aproximação, ou seja, uma atitude de inclusão, que deve ser entendida como uma diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e utilizada como uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso, com responsabilização e na resolubilidade dos serviços (BRASIL, 2009).

Os serviços de urgência devem acolher o usuário por um profissional da equipe de saúde, que realizará escuta da queixa, dos medos e das expectativas, identificando os risco e as vulnerabilidades, buscando preservar a privacidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, além disso, ele deve se responsabilizar pela resposta ao usuário, acionando outros postos da rede de saúde para que haja resolubilidade (BRASIL, 2009).

O ACCR pressupõe a resolução no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004). Também possui outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato ao usuário com grau de risco elevado, informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera, promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo, organização dos espaços de atendimento, dar melhores condições de trabalho para os profissionais, aumentar a satisfação dos usuários e possibilitar e estimular a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

2.3 Sistemas de Classificação de Risco

A triagem foi a primeira avaliação e processo de classificação utilizada para priorizar pacientes que procuravam o serviço de emergência, devido a necessidade de priorização decorrente da demanda considerável e superlotação frequente desse serviço. Por essa razão, muitas escalas de triagem foram criadas nos últimos 20 anos (PARENTI et al., 2014).

Os sistemas de triagem são baseados no consenso de especialistas, com utilização de sistemas que tragam simplicidade para permitir a avaliação do paciente rapidamente, sendo aplicável para uma ampla população, com variabilidade nos sinais e sintomas no contexto dos cuidados de emergência (MOLL, 2010).

Um método de triagem pode tentar fornecer um diagnóstico, mas o seu objetivo deve ser concebido para alocar uma prioridade clínica. Qualquer tentativa de diagnosticar um paciente está condenada ao fracasso. É evidente que o diagnóstico não está ligado com precisão a prioridade clínica. Sendo assim, a triagem no setor de urgência auxiliará no manejo clínico do paciente e gerência da unidade (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006).

O processo de triagem de prioridades demanda capacidade de interpretação, discriminação e avaliação. Utilizando-se da tomada de decisão que se constitui na identificação de um problema, determinação das alternativas e seleção da que é mais adequada, com isso emprega os algoritmos de decisão como opções estruturadas, facilitadoras do raciocínio e promotoras da uniformidade de critério (SILVA, 2009).

A classificação de risco é dinâmica, sendo necessário que se reavalie o risco daqueles que aguardam por atendimento médico (BRASIL, 2009). Segundo Souza et al., (2013), a existência de protocolos para a classificação de risco dos pacientes, possibilita que diferentes avaliadores façam uma investigação clínica seguindo os mesmos parâmetros para estabelecer a gravidade dos pacientes, o que diminui o viés de subjetividade do olhar de cada avaliador. Com a utilização de protocolos, diferentes enfermeiros obtêm os mesmos resultados na análise do paciente, aumentando a agilidade e a segurança nos serviços de urgência (SOUZA et al., 2011).

Existem vários métodos para realizar a classificação de risco do usuário do serviço, no entanto, os sistemas mais amplamente estudados e distribuídos são sistemas de cinco níveis: *Australasian Triage Scale*, *Canadian Triage and Acuity Scale*, *Emergency Severity Index*, *Manchester Triage Scale* (CHRIST et al., 2010).

A *Australasian Triage Scale* tem sido empregada nos departamentos de emergência australianos desde 1994. Cada nível de prioridade tem um limite de tempo definido para o início do atendimento médico. Tendo como indicador para atendimento médico: imediato e 10, 30, 60 e 120 minutos respectivamente, conforme classificação, utilizando uma lista de sintomas principais (CHRIST et al., 2010).

O Canadá emprega o *Canadian Triage and Acuity Scale* desde 1999, que consiste em uma escala de triagem de cinco níveis para classificar a condição do paciente, baseando-se na sua queixa, acrescidos de sinais vitais, escalas de dor e mecanismos de lesão e cronicidade da queixa para se obter uma decisão na triagem. O paciente é classificado em: nível I (instável); nível II (potencialmente instável); nível III, sinais vitais nos extremos; nível IV: sinais vitais estáveis. O tempo de atendimento será de acordo com a classificação recebida (BRASIL, 2009). No nível I: o atendimento é imediato, no nível II o atendimento deve ser realizado em 15 minutos, no nível III em 30 minutos, no nível IV em 60 minutos e no nível V em 120 minutos (MURRAY; GRAFSTEIN, 2004).

O *Emergency Severity Index* foi elaborado nos Estados Unidos em 1990, onde a prioridade do tratamento é definida com base na gravidade da doença e as necessidades de recursos esperados. O algoritmo de triagem utiliza quatro pontos de decisão para os quais o enfermeiro da triagem faz perguntas específicas. Pacientes com condições de risco de morte (níveis 1 e 2), pacientes instáveis (geralmente atribuídos ao nível 1, por exemplo, instabilidade hemodinâmica ou respiratória). Pacientes com potencial risco de morte, com queixa de dor torácica na síndrome coronariana aguda ou perda de consciência, dor grave, distúrbios psiquiátricos ou estados de intoxicação, são algumas das queixas atribuídas ao nível 2. Os níveis restantes (de 3 à 5) são definidos pelas necessidades de recursos esperados e a avaliação dos sinais vitais. Recursos neste sentido são serviços como Raio-X e administração de medicação intravenosa (CHRIST et al, 2010).

O *Manchester Triage Scale* ou Sistema de Triagem de Manchester é usado em serviços de emergência na Grã-Bretanha. Utiliza uma abordagem

específica, sendo as principais queixas dos pacientes atribuídas a um dos 52 diagramas do fluxograma em conjunto com seus sinais vitais, com isso determina-se a prioridade do tratamento (CHRIST, et al., 2010). Este sistema foi criado em 1994, como resultado de trabalho colaborativo entre médicos e enfermeiros nos serviços de emergência de vários hospitais de Manchester (GRAFF et al., 2014). A partir da história clínica e dos sinais e sintomas apresentados, um discriminador é encontrado e o paciente é classificado em uma das cinco categorias e respectivas cores: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Para cada categoria existe um tempo de atendimento, sendo respectivamente, 0, 10, 60, 120 e 240 minutos. Assim, o atendimento é organizado de forma que pacientes que apresentem sinais de gravidade tenham prioridade no atendimento. O Protocolo de Manchester é o mais utilizado no Brasil e apresenta-se como um instrumento de apoio que visa à identificação rápida e científica do doente de acordo com critérios clínicos para determinar em que ordem o paciente será atendido, conforme a gravidade do caso (FREITAS, 2002).

Estudos internacionais e nacionais demonstraram que o protocolo Manchester é capaz de prever a admissão hospitalar e a mortalidade do paciente de acordo com a classificação recebida (WULP; SCHRIJVERS; STEL, 2009; SOUZA et al., 2011; PINTO et al., 2012).

Tabela 1 - Características dos protocolos de triagem de cinco níveis mais utilizados internacionalmente. Brasil, 2017.

ESCALAS	NÍVEIS	TEMPO ATENDIMENTO	CARACTERÍSTICAS
<i>Australasian Triage Scale</i>	Categoria 1	Imediata	- O paciente deve ser continuamente avaliado enquanto aguarda. -Tempo máximo de espera 2h
	Categoria 2	<10min	
	Categoria 3	30min	
	Categoria 4	60min	
	Categoria 5	120min	
<i>Canadian Triage and Acuity Scale</i>	Nível 1 (Azul)	Imediato	- Baseada na escala australiana - Classificação de acordo com a gravidade dos sinais e sintomas
	Nível 2 (Vermelho)	Até 15min	
	Nível 3 (Amarelo)	Até 30min	
	Nível 4 (Verde)	Até 60min	
	Nível 5 (branco)	Até 120min	
<i>Emergency Severity Index</i>	Nível 1	Não estabelece tempo alvo para o	- Considera os recursos esperados para o atendimento
	Nível 2		
	Nível 3		

	Nível 4	atendimento	- Utilização de fluxograma orientador
	Nível 5		
<i>Manchester Triage Scale</i>	Emergente (vermelho)	Imediato	
	Muito urgente (laranja)	10min	-Utilização de fluxogramas e discriminadores (sinais e sintomas)
	Urgente (amarelo)	60min	
	Pouco urgente (verde)	120min	
	Não urgente (azul)	240min	

Além desses protocolos de classificação internacionais, podemos citar ainda alguns protocolos institucionais brasileiros, como o do Hospital Municipal Odilon Behrens, de Belo Horizonte, Minas Gerais, a que foi o primeiro a implantar a classificação de risco, tendo como base escalas e protocolos pré-existentes, sendo uma referência nacional (SOUZA et al., 2011). Outra instituição brasileira a desenvolver um protocolo de classificação foi o Serviço de Urgência do Hospital São Paulo, em 2009, uma instituição pública e universitária da cidade de São Paulo, sendo elaborado por profissionais médicos e enfermeiros com base no projeto HumanizaSUS, do Ministério da Saúde, baseado na queixa principal e verificação dos sinais vitais. A estratificação do risco é atribuída de acordo com cores, sendo, vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, com os tempos de atendimento imediato, até 10, 60, 120 e 240 minutos respectivamente (OLIVEIRA et al., 2013).

2.4 A atuação do enfermeiro na Classificação de Risco

O atendimento do ACCR é geralmente realizado pelo profissional enfermeiro, que avalia e classifica a gravidade dos pacientes e orienta o fluxo de prioridades daqueles que procuram os serviços de emergência (SOUZA, 2013). Para Rossi e Lima (2005), a escuta do enfermeiro é parte fundamental no processo, pois impacta na satisfação dos usuários, sendo um elemento na consolidação do acolhimento.

Assim, é de fundamental importância o conhecimento teórico para realizar a classificação de risco além do conhecimento das condições clínicas, cirúrgicas, psicossociais e a diversidade de problemas mais presentes no serviço de urgência e emergência. É importante para o enfermeiro que trabalha no ACCR o conhecimento da organização e do funcionamento do serviço, como a área física, recursos humanos e materiais e com esse embasamento dimensionar o fluxo segundo o espaço disponível e regulando o tempo de espera para o atendimento (MURILLO, 2005).

O enfermeiro generalista está habilitado a assumir a consulta de enfermagem, classificar e encaminhar os pacientes à área clínica mais adequada, além de supervisionar os membros da equipe de enfermagem (COREN, 2010). A partir da coleta de dados e do exame físico do usuário, esse profissional realiza a tomada de decisão com base em uma escuta qualificada e no julgamento clínico e crítico das queixas que induzem a um raciocínio lógico, o qual remete a priorização do atendimento (SOUZA; BASTOS, 2008).

A interação enfermeiro-paciente na classificação de risco é de extrema importância para que ocorra a identificação correta da queixa principal que irá definir o nível de risco do paciente. Assim, a garantia de um local e recursos adequados para avaliação do paciente, bem como a capacitação prévia dos enfermeiros na utilização do protocolo são intervenções necessárias para aumentar a confiabilidade da classificação de risco (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

Segundo Souza et al., (2011), a classificação de risco é uma atividade relativamente nova na atuação do enfermeiro no Brasil, com isso há importância da formação de profissionais capacitados e que atendam às necessidades desta área,

necessitando de habilidades para escuta qualificada, para avaliação, registro correto e detalhado da queixa principal, trabalho em equipe, raciocínio clínico e agilidade mental para tomadas de decisão.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar o Protocolo de Classificação de Risco utilizado em uma instituição hospitalar em relação a sua capacidade de predizer o desfecho clínico.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os atendimentos realizados na unidade de urgência e emergência da instituição de acordo com sexo, idade, classificação da cor conforme o risco de morte, tempo de espera entre a recepção e a classificação e tipos de intercorrências ou queixas;
- Avaliar o tempo de espera entre a senha e atendimento médico, de acordo com a classificação obtida: emergente (atendimento imediato), urgente (atendimento em até 30 minutos) e pouco urgente (atendimento em até 120 minutos).
- Verificar a relação entre a classificação de risco recebida pelos usuários e o desfecho: internação, alta ou óbito.
- Verificar a relação entre a classificação de risco e o escore de alerta precoce (MEWS) recebido pelo usuário.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal e correlacional.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em um hospital privado de médio porte, localizado no norte paulista, que iniciou seus trabalhos em 1971 como uma cooperativa de serviços médicos e no ano de 2000 faz a aquisição do atual hospital, contando com 113 leitos, 350 médicos cooperados e 700 funcionários, atendendo uma carteira com aproximadamente 74 mil clientes. Sendo hospital privado definido pelo Ministério da Saúde, como “Hospital que integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público” (BRASIL, 1985). Cooperativas são associações de pessoas que se unem voluntariamente, para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns, através de uma empresa de propriedade comum e democraticamente gerida. Além do hospital, a cooperativa possui um centro de promoção à saúde com uma equipe multidisciplinar que atua na promoção à saúde.

O hospital onde o estudo foi realizado possui certificação nível 3 de excelência pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), que é uma organização não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil com foco na segurança do paciente. Consiste em um sistema de avaliação e certificação de processos médicos e administrativos de serviços de saúde, que utiliza como padrões e normas pré-estabelecidas pelas instituições ligadas à Medicina no Brasil e no mundo. O processo percorre três diferentes graus de aprovação.

A Instituição possui atendimento de urgência e emergência, unidade de clínica médica, unidade de clínica cirúrgica, centro cirúrgico e obstétrico, maternidade, berçário interno e externo, pediatria, unidade de atendimento oncológico, hemodinâmica, centro de terapia intensiva, centro de terapia intensiva

neonatal e pediátrico, atendendo usuários de convênio da Instituição, convênios externos e pacientes particulares.

O objeto deste estudo foi a unidade de urgência e emergência deste hospital, que realiza aproximadamente 12.000 atendimentos/mês. A unidade possui seis consultórios para atendimento ao paciente clínico, três para atendimento pediátrico, um para ginecologia, um para ortopedia e um para cirurgião geral e oferece atendimento médico de retaguarda nas principais especialidades (oftalmologia, cardiologia, neurologia, dentre outras). A unidade de urgência e emergência conta com dez leitos para atendimento na observação feminina, oito leitos na observação masculina, quatro na observação mista, cinco na observação pediátrica e três na sala de emergência, uma sala para sutura e outra para procedimentos especiais.

O ACCR foi iniciado na unidade de urgência e emergência desse hospital a partir do ano de 2008. Anterior a este período não havia profissional de saúde para realizar o acolhimento do usuário, o qual era recepcionado pelos profissionais administrativos da recepção, que organizavam o fluxo por ordem de chegada e em muitas ocasiões encaminhavam os usuários ao atendimento médico com prioridade, sem critérios de acolhimento e classificação. Atualmente o ACCR é realizado no hospital diariamente das 07/h às 23/h por quatro enfermeiros, sendo um para cobrir as folgas.

Ao adentrar o serviço de emergência, o usuário retira uma senha, preenche a ficha de atendimento na recepção e aguarda ser chamado pelo enfermeiro do acolhimento. Ao aguardar a classificação de risco o usuário poderá ter sua senha acionada para atendimento médico nos consultórios anterior a classificação pelo enfermeiro.

O enfermeiro que realiza o ACCR, acolhe, explica ao usuário o objetivo do acolhimento, pergunta sobre a queixa principal que o motivou a procurar o serviço de saúde, comorbidades, alergias, realiza aferição dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura), utiliza a escala de Glasgow para avaliar o nível de consciência e a escala de dor, para quantificá-la, pontua o escore MEWS, utiliza o protocolo de classificação de risco adotado pelo hospital para classificar o grau de risco do paciente conforme as cores e faz o registro na ficha de atendimento. O enfermeiro pode solicitar a dosagem da glicemia capilar ou realizar eletrocardiograma, previamente à consulta médica. Os registros

dos pacientes são lançados em um sistema informatizado específico para a classificação de risco.

Esse hospital utiliza protocolos para classificar pacientes: clínicos, pediátricos e da ginecologia. Para classificação dos pacientes clínicos utiliza como referência o Protocolo de Classificação de Risco proposto pelo Ministério da Saúde em 2004 (ANEXO A).

A classificação de risco desta unidade de urgência e emergência utiliza três cores para classificar o usuário: vermelho (emergente, atendimento imediato), amarelo (urgente, atendimento em até 30 minutos) e verde (pouco urgente atendimento em até 120 minutos). Na instituição optou-se pelo agrupamento da cor azul com a verde, uma vez que foi verificado que a demanda para este tipo de atendimento no referido hospital não se apresentava significativa.

Os pacientes classificados como emergentes (vermelho) são encaminhados diretamente para avaliação médica, na sala de emergência, os urgentes (amarelo) são priorizados nos atendimentos no consultório ou encaminhamos para as observações e os pouco urgentes (verde), aguardam ser chamados pela senha na recepção central, podendo ser reavaliados enquanto aguardam.

Pacientes que adentram o serviço em situações emergenciais, provenientes de serviço pré-hospitalar móvel ou transferido de outros serviços de saúde, não recebem a avaliação dos enfermeiros do ACCR, são encaminhados diretamente para a avaliação médica nas observações da unidade ou para a sala de emergência conforme gravidade dos casos.

Figura 1 - Fluxo de Atendimento da Unidade de Emergência com Acolhimento e Classificação de Risco. Brasil, 2015.

4.3 População e amostra do estudo

Neste estudo foram avaliados os prontuários dos usuários que procuram o serviço para atendimento clínico e foram submetidos ao ACCR na unidade de urgência e emergência, que continham registros de identificação do profissional enfermeiro que realizou o atendimento, descrição da avaliação, classificação de risco e pontuação do escore de MEWS que o usuário recebeu entre os meses de julho de 2014 a junho de 2015.

Optou-se pelo atendimento clínico, por possuir o maior número de atendimentos e permitir uma amostra significativa. Foram excluídos pacientes da ortopedia, ginecologia, pediatria, visto que a pediatria e a ginecologia apresentam especificidades e os pacientes da ortopedia são encaminhados diretamente para atendimento médico e habitualmente não passam pelo acolhimento com classificação de risco. Além disso, foram excluídos os prontuários que não continham preenchimento correto dos dados e de pacientes com idade inferior a 18 anos.

4.4 Variáveis em estudo e coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de um formulário tipo *checklist* elaborado para este estudo (APÊNDICE A), contendo informações referentes ao número de registro de atendimento no serviço, data do atendimento, identificação dos pacientes (iniciais do nome), idade, queixa principal do paciente, tempo de espera entre a recepção e o acolhimento com classificação de risco, classificação atribuída ao usuário, pontuação do escore MEWS na entrada, tempo de espera entre a classificação e o atendimento médico, se ocorreu internação e a unidade de destino, desfecho do caso (alta ou óbito) e data do encerramento. Os dados foram coletados no sistema eletrônico de registros com base nos relatórios da classificação de risco e atendimentos de pacientes internados.

4.5 Análise estatística

O plano amostral adotado foi por Amostragem Estratificada com alocação proporcional por estratos. Cada estrato foi formado pelos meses de julho de 2014 a junho de 2015. A fórmula para o cálculo do tamanho amostral é dada por:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{\varepsilon^2},$$

Em que o P representa a prevalência do evento de interesse, $z_{\alpha/2}$ representa o nível de significância adotado e o ε é o erro relativo tolerável de amostragem. Como parâmetros foram utilizados o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), Erro relativo (ε) de 20%.

A prevalência tomada como base para os cálculos encontra-se na coluna proporção por mês. Essa prevalência representa a proporção de pacientes clínicos que foram classificados como amarelo ou vermelho.

Para o sorteio dos elementos foi utilizado amostragem sistemática. Os cálculos e o sorteio foram realizados por meio do programa R versão 3.1.2 que pode ser adquirido gratuitamente pelo endereço www.r-project.org.br.

Os dados coletados nos prontuários eletrônicos foram digitados em planilha do Microsoft Excel 2010 com técnica de dupla digitação, seguida de validação. Para o processamento e análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas e análise de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão - DP) para as variáveis contínuas. Para testar a associação entre o Destino (Alta x Internação) e a Classificação (Verde x Amarelo/Vermelho) foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson. Já para comparar os escores médios do escore de MEWS por Destino e Classificação foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Foi adotado o valor de $p < 0,05$ para avaliar o nível significância estatística entre as análises.

4.6 Considerações éticas

A coleta de dados foi iniciada após anuência da Instituição, bem como a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sob o protocolo de número CAAE 44093615.2.0000.5393 (ANEXO B), em concordância com os preceitos éticos em pesquisa, preconizados pela resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi solicitada dispensa de apresentação do TCLE, por se tratar da análise de informações contidas nos prontuários, do grande número de participantes incluídos e da dificuldade de obter o consentimento de cada participante.

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização dos pacientes

Entre julho de 2014 e junho de 2015 foram realizados 167.610 atendimentos no Serviço de Emergência da instituição; destes, (n=100.200) 59,8% foram referentes aos atendimentos clínicos. Dentre os atendimentos clínicos (n=57.949) pacientes, 57,8% passaram pelo ACCR. A amostra deste estudo foi composta por (n=1.674) prontuários, 2,9% dos pacientes que receberam atendimento clínico e passaram pelo ACCR.

A análise dos dados demonstrou que 65% (n=1.088) dos pacientes eram do sexo feminino e 35% (n=586) do masculino. A idade dos pacientes variou de 18 a 99 anos, com média de 42,0 anos (DP= 19,20, mediana 36,0). Em relação à faixa etária, 80% (n= 1.340) dos pacientes tinham de 18 a 59 anos e 20% (n= 334) idade superior a 60 anos.

Devido à grande variedade de queixas apresentadas pelos pacientes, optou-se por considerar até três queixas relatadas no momento da classificação. A queixa mais frequente relatada foi relacionada ao trato digestório 14,8% (n=248), seguida por cefaléia 12,3% (n= 206), infecção das vias aéreas superiores 9,2% (n=155), doenças do trato urinário 7,8% (n=130), dor abdominal 7,1% (n=119), doença do trato respiratório 7% (n=118), trauma/dor em membros 6,4% (n=107). Dos 1.664 pacientes, 1.442 apresentaram duas queixas no momento da classificação de risco e 12 apresentaram três queixas.

5.2 Análises dos atendimentos do Acolhimento com Classificação de Risco

A maioria dos pacientes atendidos foi classificada como pouco urgente (verde) 91,2% (n=1.526), seguido pelos classificados como urgentes (amarelos) 8,8% (n=147) e apenas 0,1% (n=1) foram classificados como emergente (vermelho). Para fins de análise, o único paciente classificado com vermelho foi agregado ao grupo de pacientes classificados como amarelo.

Em relação ao tempo de espera entre a recepção e o ACCR, observa-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os pacientes classificados como verde e os classificados como amarelo/vermelho, demonstrando que os pacientes classificados como urgentes/emergente foram atendidos de maneira mais rápida do que os classificados como pouco urgentes. Além disso, resultado semelhante foi observado em relação ao tempo entre a classificação de risco e o atendimento médico (Tabela 2).

Tabela 2 - Tempo de espera entre a recepção e a classificação de risco e tempo de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico, segundo a classificação de cor atribuída. Brasil, 2014-2015.

Variáveis	Amostra N=1674	Tempo (min)	EPM	Valor de p
Tempo entre recepção e classificação de risco				
Verde	1526	21,83	0,48	0.000
Vermelho/amarelo	148	14,96	1,03	
Tempo entre classificação de risco e atendimento médico				
Verde	1526	31,28	0,68	0.000
Vermelho/amarelo	148	20,36	1,38	

EPM, erro padrão da média.

5.3 Análises dos desfechos dos atendimentos

Os pacientes submetidos ao ACCR foram analisados quanto ao desfecho da consulta, o qual poderia ser alta ou internação. Observa-se que 98,7% (n=1652) não necessitaram de internação, sendo a categoria não urgente prevalente nesses pacientes. Por outro lado, 1,3% (n=22) dos pacientes foram encaminhados para a internação, sendo que desses, 59,1% (n=13) foram classificados como

urgentes/emergente e 40,9% (n=9) foram classificados como pouco urgentes (Tabela 2).

Em relação à idade e a classificação de risco obtida pelos internados, observa-se prevalência de pessoas com idade superior a 60 anos (n=13), sendo que destes, 9 foram classificados como urgentes; além disso, 72,7% (n=16) eram do sexo feminino.

Os setores de internação dos pacientes foram: Unidade de clínica médica 81,1% (n=18), Unidade de clínica cirúrgica 9,1% (n=2) e Unidade de terapia intensiva 9,1% (n=2).

Tabela 3 - Proporção de liberações (altas) e hospitalizações, distribuição dos locais de internação e desfecho clínico (alta ou óbito). Brasil, 2014-2015.

Variáveis	Frequência	Percentual
Destino		
Alta	1652	98,7%
Encaminhados para internação	22	1,3%
Setor de internação		
Unidade de Internação Clínica	18	81,1%
Unidade Cirúrgica	2	9,1%
Unidade de Terapia Intensiva	2	9,1%
Desfecho clínico		
Alta	21	95,5%
Óbito	1	4,1%

Foi avaliado ainda o tempo de permanência hospitalar, sendo que dentre os pacientes que foram internados, 95,5% (n=21) receberam alta após internação, com tempo de internação variando de no mínimo de 1 dia e máximo de 14 dias, média de internação de 6 dias. Dentre os pacientes internados, 4,5% (n=1) evoluíram para óbito, tendo este único paciente recebido classificação amarela. Com a ocorrência de apenas um óbito, não foi possível avaliar a relação entre a

classificação de risco recebida e a mortalidade. A idade do paciente era de 58 anos, a queixa foi relacionada ao trato urinário, a pontuação no escore de MEWS na classificação de risco foi no valor de 1 e o tempo de internação foi de 3 dias.

Todos os pacientes que passaram pela classificação de risco na Unidade de Urgência e Emergência da Instituição foram avaliados quanto à gravidade por meio da aplicação do escore de MEWS. Neste estudo, observou-se que o valor mínimo obtido foi 0 e máximo de 5, sendo a média de 0,3416. Ao relacionarmos o valor do escore de MEWS obtido com a classificação de risco por cores, observamos que houve diferença estatisticamente significativa no valor do escore de MEWS entre pacientes que receberam a classificação verde e os que receberam a classificação amarelo/vermelho, ou seja, os pacientes classificados como amarelo/vermelho obtiveram pontuação superior no escore de MEWS em relação aos que foram classificados como verde (Tabela 4).

Na Tabela 4 observa-se ainda que os pacientes que foram internados obtiveram pontuação no escore MEWS superior aos pacientes que não foram. Além disso, dentre os 22 pacientes internados, dois foram encaminhados para a UTI. Esses pacientes foram classificados como amarelo e obtiveram pontuação no escore MEWS entre 3 e 5.

Tabela 4 - Associação entre o escore MEWS e a classificação de risco estratificada por cores e entre o escore MEWS e o destino do paciente após o atendimento médico. Brasil, 2014-2015.

Variável	Amostra		MEWS			Valor de <i>p</i>
	N=1674	Média	Mínimo	Máximo	DP	
Classificação						
Verde	1526	0,3	0	5	0,7	0.000
Vermelho/amarelo	148	0,7	0	5	1,1	
Destino						
Alta	1652	0,3	0	5	0,7	0.000
Internação	22	1,4	0	5	1,4	

MEWS, *Modified Early Warning Score*; EPM, erro padrão da media

6. DISCUSSÃO

Observando-se as características sociodemográficas deste estudo, nota-se a predominância de pacientes do sexo feminino, com média de idade de 42,0 anos, sendo que a maioria obteve como prioridade na classificação de risco a cor verde (pouco urgente). A relação entre o MEWS e a classificação de risco indica que os pacientes classificados como urgentes/emergentes obtiveram pontuações mais altas nesse escore, além disso, há associação entre a classificação obtida e a ocorrência de internação hospitalar.

A predominância de pacientes do sexo feminino na procura dos serviços de urgência e emergência também foi observada por Souza et al. (2011), sendo que nesse estudo a porcentagem observada foi de 53,4%, com média 39,3 anos, um pouco inferior à média observada no presente estudo. Resultado semelhante foi obtido em outros estudos nacionais, nos quais se observou a predominância do sexo feminino 58,9% (MACHADO, 2012) e 55,9% (GONÇALES et al., 2015), nesses dois estudos as faixas etárias prevalentes foram 25 a 44 anos e média de 32 anos, respectivamente. Por outro lado, um estudo recente realizado na Alemanha mostrou que uma porcentagem maior de pacientes do sexo masculino (55,7%) buscou pelo serviço de emergência e a idade média foi de 60,5 anos (STEINER et al., 2016).

O fato de os homens procurarem com menor frequência os serviços de saúde foi estudada por Yoshida e Andrade (2016), tendo como participantes trabalhadores masculinos, com idades entre 25 e 59 anos, no qual é relatada uma resistência manifestada por eles na procura por auxílio e atendimento para suas necessidades de saúde, sendo que os que estão em idade produtiva retardam a procura por serviços de saúde e recorrem a ele quando as situações são mais graves. Essas pessoas argumentaram que o trabalho é o principal motivo para a baixa busca dos serviços de saúde, sendo prioridade em relação ao autocuidado, tendo maior preocupação com o sustento e a família e a responsabilidade com o trabalho, sobretudo nos casos autônomos. O fato de uma grande parcela da população masculina estar inserida no mercado de trabalho somada ao receio de receber punições por se ausentar para realizar uma consulta médica, mesmo com a aquisição do atestado médico é apontado como uma das razões pela baixa procura pelos serviços de saúde. O que se observa é que os homens só chegam ao serviço de saúde se há intercorrências graves ou quando ficam impossibilitados de exercer seu papel de trabalhador, comportamento que é explicado pelo modelo tradicional de masculinidade (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

No entanto, outro estudo que fez uma avaliação do tema do ponto de vista mais social traz que as explicações elaboradas pelos homens giram em torno de um único eixo estruturante: papéis a serem desempenhados para que se ateste a identidade de ser masculino. Nesse sentido, a procura por serviços de saúde encontra-se intimamente relacionada ao que se entende por ser homem (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Ser homem seria associado à invulnerabilidade, força e virilidade, características essas, incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximá-lo-ia das representações de feminilidade.

É importante destacar que os homens, em geral, padecem mais de condições graves e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas, pelas principais causas de morte (COURTENAY, 2000; LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2005).

As queixas dos pacientes que buscaram por atendimento na unidade de urgência e emergência foram variadas, mas houve predominância das relacionadas ao trato digestório, cefaléia, infecção das vias aéreas superiores, doenças do trato urinário, dor abdominal, doença do trato respiratório e trauma/dor em membros. Semelhante ao encontrado em um estudo realizado em 2012, no interior paulista em uma unidade de pronto-atendimento, o qual traz alguns motivos pela busca ao serviço, sendo a dor aguda a queixa mais prevalente, seguida pelos problemas respiratórios, trauma e mal estar, demonstrando que há uma grande parcela da população que utiliza o serviço de emergência com queixas de baixa gravidade (GARCIA; REIS, 2014).

A classificação de risco mais frequente foi a não urgente (verde), aplicada a 91,2% dos atendimentos. Feijó et al., (2015) comentam que a alta frequência de pacientes classificados com menor urgência para o atendimento encontrada nos serviços de urgência e emergência, poderia ser resolvida em instituições de menor complexidade tecnológica, mas complementa que alguns fatores podem explicar a procura por estes serviços, tais como: baixa concentração de recursos humanos e tecnológicos encontrados nos serviços primários e secundários, a efetividade dos procedimentos médicos assistenciais disponíveis no nível terciário e a cultura de confiança na estabelecimento hospitalar.

Souza e Andrade (2014) trazem como agravante para o excesso da

demanda ao serviço de emergência algumas questões culturais, que dizem respeito aos aspectos de preferência, indicação familiar, qualidade do serviço e a proximidade geográfica. Marques e Lima (2007) relatam outros pontos, como a agilidade na obtenção da consulta, sendo realizada no mesmo dia da procura e a busca ao serviço de urgência e emergência e pela não resolutividade integral de problemas em outros serviços de saúde.

Resultado similar ao encontrado na presente investigação foi obtido por Becker et al., (2015) em um serviço de emergência na cidade de São Paulo, utilizando um protocolo institucional de classificação de risco, que foi desenvolvido e implantado em 2009, por profissionais médicos e enfermeiros da instituição, tendo como base a queixa principal, por meio dos sinais e sintomas que norteiam o profissional quanto ao nível de prioridade de atendimento, utilizando cinco níveis de prioridade. Nesse estudo, 56,5% dos pacientes foram classificados como verde e 17,2% como azul e tendo a cor amarela aplicada a 15,9% de pacientes, porém o protocolo utilizado faz uso das cinco cores e considera a cor amarela como baixa prioridade; assim, obtém-se que 89,6% dos pacientes foram considerados com baixa prioridade de atendimento. Feijó et al., (2015) também relatam ter encontrado uma parcela significativa da clientela classificada como verde (60,3%), que se somada à classificação azul, contabiliza 78,0%. Esses resultados diferem do observado por Gonçalves et al., (2015), que obtiveram a prioridade mais atribuída na cor amarela 47,4%, seguida da verde 36,5%. Porém na atribuição da classificação com maior prioridade (vermelha), observou-se que 0,6% dos pacientes foram classificados como emergentes, resultado similar ao que foi encontrado neste estudo, no qual 0,1% do total dos pacientes foram classificados como emergentes. Um estudo realizado por Steiner et al., (2016), utilizando o protocolo de Manchester, traz a maior demanda de pacientes classificados como amarelo, com 40,6%, seguido do verde com 30,0%, laranja 25,8%, azul 2,78% e vermelho com 0,9%.

A maioria dos pacientes (98,7%) recebeu alta após atendimento médico, o que pode ser traduzido pela grande quantidade dos que foram classificados como verde (91,2%), que é considerada uma categoria menos urgente. Resultados semelhantes foram encontrados por Gonçalves et al., (2015) e Feijó et al., (2015) os quais encontraram 95,4% e 79,8% dos pacientes classificados como verde, respectivamente, não necessitando de internação; a mesma conduta foi aplicada a 100% dos pacientes classificados como azul.

Neste estudo verificou-se que a necessidade de internação está associada à prioridade clínica do sistema de classificação de risco, pois 1,3% (n=22) foram encaminhados para internação, sendo que destes, 20 foram direcionados para a enfermaria e dois foram encaminhados para a UTI. Dos 22 pacientes que necessitaram de internação nove foram classificados como pouco urgente (verde), 12 classificados como urgente (amarelo) e um como emergente (vermelho). Os dois pacientes encaminhados para a UTI foram classificados como urgentes (amarelo).

Na análise estatística observou-se associação ($p < 0,000$) entre a classificação de risco obtida pelo paciente e a necessidade de internação, ou seja, os pacientes classificados como emergentes/urgentos necessitaram mais de internação hospitalar do que aqueles classificados como pouco urgentes. Esses resultados mostram que a classificação de risco foi efetiva em definir a prioridade de atendimento dos pacientes em uma unidade de urgência e emergência. Resultado semelhante foi encontrado em um hospital de Portugal que utiliza o sistema de classificação de risco de Manchester, onde encontrou-se uma prevalência de pacientes triados como amarelo, 50,7%, uma taxa de internação de 12,5% do total de pacientes triados, sendo que dos pacientes internados 31,8% classificados como vermelho, 22,0% laranja, 6,9% amarelo, 1,8% verde e 1,4% classificados como azul. (MARTINS; CUÑA; FREITAS, 2009).

A ocorrência de óbito está diretamente relacionada à alta prioridade de atendimento, pois em um estudo realizado em um serviço de emergência de um Hospital de Minas Gerais em 2015, 30,0% dos pacientes classificados como vermelho evoluíram à óbito. Esse fato reforça que quanto maior a prioridade de atendimento atribuída ao paciente, maior é o risco para evoluir para óbito. Além disso, observou-se que quanto maior a prioridade do atendimento, maior é a probabilidade que o paciente seja internado, encontrando risco realtivo de 33,8 para pacientes classificados como vermelho, 32,0 para o laranja, 28,9 para o amarelo, 24,4 verde e 1 para o azul, com tempo de permanência hospitalar, com média de dias de 7,3 para pacientes classificados como vermelho em contrapartida 0,110 para pacientes classificados como verde (GONÇALES et al., 2015).

Outro estudo traz o protocolo de Manchester como bom preditor em relação ao óbito, pois pacientes classificados com cor vermelha evoluíram em número maior para óbito quando comparados aos classificados com a cor laranja e amarela (GUEDES; MARTINS; CHIANCA, 2015). Porém, no presente estudo não

foi possível realizar análise estatística da associação entre a classificação de risco e o óbito, devido a ocorrência de apenas um óbito na amostra estudada.

A literatura mostra que há associação entre a alta prioridade de atendimento e a chance de permanecer internado por um tempo superior à 5 dias, comparado aos pacientes classificados como baixa prioridade (GUEDES; MARTINS; CHIANCA, 2015). Porém, neste estudo ao compararmos o tempo de permanência hospitalar entre os grupos amarelo/vermelho e verde, não encontramos relação entre esse tempo e a classificação de risco, provavelmente devido ao número relativamente pequeno de pacientes que necessitaram de internação.

Neste estudo, ao relacionar o valor do MEWS com a classificação de risco obtida, observou-se que um número maior de pacientes classificados como urgentes/emergentes necessitaram de internação, sendo que esses pacientes obtiveram pontuação no MEWS mais elevada do que aqueles que não necessitaram de internação. Esse resultado indica que o MEWS tem potencial para prever a necessidade de internação dos pacientes atendidos em uma unidade de urgência e emergência.

Em estudo que avaliou a relação entre o *National Early Warning Score* (NEWS), um escore de alerta precoce nacional, que foi utilizado em estudo realizado em um serviço de emergência na Noruega, onde avaliou a prioridade de atendimento recebida na classificação de risco em pacientes com queixas relacionadas à dificuldade respiratória do Sistema de Triagem de Manchester, no qual foi utilizado como valor de referência a pontuação ≥ 5 , mostrou boa correlação entre os dois, sendo que pacientes que receberam NEWS com pontuação mais alta (entre 6-11) na chegada do serviço de emergência, foram aqueles que receberam suporte ventilatório mecânico, tendo 3/4 dos pacientes com triagem de 1-2 na Triagem de Manchester. (BILBEN; GRANDAL; SØVIK, 2016).

Outro estudo que utilizou o MEWS como avaliação secundária em pacientes classificados no serviço de urgência e emergência foi realizado em um Hospital de Porto Alegre entre 2013 e 2014, tendo como amostra pacientes vítimas de trauma, os quais são classificados como laranja pelo protocolo de Manchester. Esses pacientes foram avaliados no momento da chegada e após 6h, mostrando evolução do quadro de gravidade dos pacientes reavaliados após 6h do atendimento inicial. Nesse estudo, o MEWS se mostrou uma ferramenta útil na reclassificação de pacientes nos serviços de urgência e emergência (ROCHA; NEVES; VIEGAS, 2016).

Os dois pacientes encaminhados para UTI (n=2) possuíam classificação amarela (urgente) e MEWS variando entre 3-5, o que demonstra uma relação entre o paciente com uma prioridade urgente e um valor do MEWS mais elevado.

Apesar do presente estudo ter demonstrado que a classificação de risco foi efetiva para indicar a prioridade de atendimento, moatrou algumas limitações. O sistema de classificação de risco utilizado na instituição utiliza apenas três cores, o que dificulta a comparação com outros estudos, que em sua maioria utilizam protocolos com cinco cores. Além disso, foram avaliados apenas pacientes clínicos.

O fato de que muitos pacientes tiveram sua senha acionada para o atendimento médico anteriormente à avaliação da classificação de risco, fez com que a avaliação destes pacientes não ocorresse e, com isso, não foi possível realizar análises do total de pacientes que procuram o serviço de urgência e emergência. Além disso, na Instituição os casos considerados de maior gravidade e que são encaminhados pelo serviço pré-hospitalar móvel ou transferido de outros serviços de saúde, adentram imediatamente para avaliação médica, podendo ocasionar um número subestimado de classificação emergente e urgente.

A maioria dos estudos encontrados relacionados com a temática foi desenvolvida no âmbito do setor público, que traz consigo uma rede de serviços que em muitos casos não se apresentam como a realidade do setor privado.

A alta rotatividade dos profissionais enfermeiros no ACCR pode trazer prejuízos no atendimento, visto a deficiência no conhecimento do protocolo e encaminhamentos incorretos dos pacientes, sendo necessária a atualização constante destes profissionais, para que não ocorram danos ao paciente por uma má avaliação deste profissional.

Obter um instrumento que se demonstra efetivo na classificação de pacientes nos serviço de urgência, traz um ganho na qualidade dos serviços prestados, visto que a priorização dos pacientes que necessitam de atendimento mais ágil possibilita uma maior segurança no atendimento prestado.

Sendo possível visualizar os resultados positivos com esta pesquisa, como a obtenção de dados relacionados à caracterização da clientela atendida, trazendo a possibilidade de organização do local e dos fluxos de atendimento para garantir um serviço eficaz aos pacientes. A utilização do escore de alerta precoce contribuiu não somente para a observação do internamento dos pacientes, mas também como um instrumento para reavaliação daqueles que ainda aguardam

atendimento médico.

7. CONCLUSÕES

A estratégia do ACCR têm se mostrado uma ferramenta efetiva para o atendimento nos serviços de urgência e emergência, sendo um reorganizador da porta de entrada e fundamental instrumento para priorização de pacientes com demandas prioritárias para o atendimento, diminuindo o risco para aqueles que aguardam atendimento médico e realizando acolhimento e escuta qualificada do usuário. Sendo de suma importância a utilização de protocolos que embasem a classificação realizada pelos enfermeiros, para que o processo possa ser uniforme e seja possível a realização de análises sobre a efetividade da classificação de risco realizada.

O predomínio de casos classificados com menor urgência encontrado neste estudo leva a reflexão sobre como a população tem utilizado os serviços de saúde equivocadamente, ocasionando superlotação dos serviços de urgência e emergência, sendo que muitas das queixas que foram apresentadas poderiam ser resolvidas em serviços de menor complexidade.

Destaca-se que o protocolo de classificação de risco avaliado foi capaz de prever os desfechos (alta e internação), sendo que pacientes com classificações de alta prioridade (emergentes/urgentes) obtiveram um número maior de internações quando comparados aos pacientes menos urgentes. E a alta após o atendimento médico também revelou que a maioria dos pacientes que foram liberados pelo médico era classificada com uma menor urgência. O desfecho óbito não foi analisado neste estudo, por ter ocorrido com apenas um paciente.

A utilização do MEWS na classificação de risco apresentou-se com um coadjuvante importante na relação entre a classificação de risco mais urgente com o escore mais elevado, podendo também ser utilizado como preditor de internação hospitalar. O escore de MEWS também se faz útil para o estabelecimento de tempo de reavaliação do paciente enquanto aguarda atendimento médico na recepção, conforme o escore se apresentar alterado. Outros estudos envolvendo a classificação de risco e o MEWS poderiam trazer outras evidências não encontradas nesta pesquisa.

Os resultados encontrados neste estudo contribuem para melhor provisão de recursos físicos e materiais e adequação de pessoal, proporcionando melhor gerenciamento da unidade e também uma assistência de qualidade, em que o atendimento de urgência e emergência realize a priorização dos pacientes com maior gravidade, trazendo qualidade e segurança ao atendimento prestado.

REFERÊNCIAS¹

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

BECKER, J. B.; LOPES, M. C. B. T. L.; PINTO, M. F. P.; CAMPANHARO, C. R. V.; BARBOSA, D. A.; BATISTA, R. E. A. **Triagem no serviço de Emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente.** Rev. Esc. Enferm., vol 49, nº 5, 2015.

BILBEN, B, GRANDAL, L, SØVIK, S. **National Early Warning Score (NEWS) as an emergency department predictor of disease severity and 90-day survival in the acutely dyspneic patient – a prospective observational study.** Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 24, 80, 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s13049-016-0273-9>. Acesso em 10/09/2016

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de apoio à elaboração de projetos de investimentos em saúde (Soma SUS).** Glossário Temático. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2012.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em: 18/08/2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html Acesso em 20/08/2016

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção às urgências /** Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 256 p. – (Série E. Legislação de Saúde), 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3.390 de 30 de dezembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).**

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013. h. Acesso em 10/06/2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 354 de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. **Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2013, Seção 1:59.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE .Secretaria-Geral. Grupo de Trabalho – Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Terminologia básica em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria-Geral, Grupo de Trabalho –** Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviços de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. 49 p. (Série B: Textos básicos em saúde, 8.)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)/** Ministério da Saúde, secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada- Brasília; Editorado Ministério da Saúde, 2013.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético em fazer saúde**. Serie B textos básicos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CHRIST, M; GROSSMANN, F; WINTER, D.;BINGISSER,R.;PLATZ,E. **Modern Triage in the Emergency Departament. Deutsches Ärzteblatt International**, 2010.107(50):892-898.doi:10.3238/arztebl.2010

COREN. **Atribuição da enfermagem na triagem com classificação de risco em urgência**. Parecer COREN-DF N° 005/2010. Disponível em: http://www.coren-df.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=684:no-0052010-atribuicao-do-profissional-de-enfermagem-na-triagem-com-classificacao-de-risco-nos-&catid=38:pareceres&Itemid=73 .Acesso em 25/03/2014

COURTENAY,W.H. **Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health**. Soc Sci Med 2000; 50:1385-401.

FEIJÓ, V. B. E. R.; CORDONI, L. J.; SOUZA, R. K. T.; DIAS, A. O. **Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco**. Saúde debate vol.39, nº106, 2015.

FREITAS, P. **Triagem no serviço de urgência: Grupo de Triagem de Manchester**. 2.ed. Portugal: BMJ Publishing Group; 2002. 149 p.

GARCIA,VM;REIS,RC.**Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência**. Rev. Bras. Enf.,vol 67,2014.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007

GONÇALES, PC; PINTO, D; SALGADO, PO; CHIANCA, TCM. **Relação entre estratificação de risco, mortalidade e tempo de permanência em um hospital de urgência.** Invest. Educ. enferm, vol. 33Medellín, 2015.

GRAFF, I.; GOLDSCHMIDT, B.; GLIEN, P et al. **The German Version of the Manchester Triage System and Its Quality Criteria-First Assesment of Validity and Realiability.** Eckle T, Ed. Plos ONE, 2014;9 (2):e88995.doi:10.1371/journal.pone.008895.

GUEDES, HM; MARTINS, JCA; CHIANCA, TCM. **Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes.** Rev. Bras. Enf. vol.68,2015.

INOUE, KC; BELLUCCI, A. J.; PAPA, M. A. F.; VIDOR, R. C.; MATSUDA, L. M. **Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência.** Acta paulista enferm., vol. 28, nº 5, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE,** Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

KNAUTH, DR; COUTO, MT; FIGUEIRDO, WS. **A visão dos profissionais de saúde sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Ciênc. Saúde coletiva, vol. 17, 2012.

KYARIACOS, U; JELSMA, J; JAMES, M; JORDAN, S. **Monitoring Vital Signs: Development of a Modified Early Warning Scoring (Mews) System for General Wards in a Developing Country.** Plos NE Vol.9, Issue1, 2014. e87073. doi: 10.1371/journal.

LAM, T.S; MAK, P.S.K; SIU, W.S; LAM, M.Y; CHEUNG, T.F; RAINER, T.H. **Validation of a Modified Early Warning Score (MEWS) in emergency department observation ward patients.** Hong Kong Journal of Emergency Medicine, 13:24-30, 2006.

LAURENTI, R; MELLO-JORGE, M.H.P; GOTLIEB, S.L.D. **Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina.** Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10:35-46.

MACHADO, G.V.C; OLIVEIRA, F.V.P; BARBOSA, H.A.L; GIATTI, L; BONOLO, P.F. **Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência.** Ouro Preto, 2012. Cad. Saúde Colet. vol 23, nº4, 2015.

MACKWAY-JONES, K; MARSDEN, J; WINDLE, J. **Emergency Triage.** Manchester Triage Group. 2nd Ed, 2006.

MARQUES, G.Q; LIMA, M.A.D. **Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol. 15, 2007.

MARTINS, H.M.G; CUÑA, L.M.C.D; FREITAS, F. **Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital.** Emerg. Med. J. 26:183-186, 2009.

MOLL, H.A. **Challenges in the validation of triage system at emergency departaments.** Journal of Clinical Epidemiology, volume 63, Issue 4, April 2010, pages 384-388.

MURRAY, M; MICHAEL, B; GRAFSTEIN, E. **Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines.** Can J Emerg Med 2004; 6(6): 421-7.

MURILLO, J.M. **Rol del enfermero en el área de triage.** Av Enferm. 2005. Acesso em 20/06/2014. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/#>.

OLIVEIRA, G.N; VANCINI-CAMPANHARO, C.R; OKUNO, M.F.P; BATISTA, R.E.A. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional.** Rev. Latino-Am. De Enfermagem, 2013.

Organização Nacional de Acreditação (ONA). Disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/33/Acreditacao>. Acesso em: 01/05/2017.

PARENTI, N; REGGIANI, M.L; IANNONE,P; PERCUDANI,D; DOWDIMG,D. **A systematic review on the vality and reliability of na emergency department triage scale,the Manchester Triage System.** International Journal of Nursing Studies,Vol 51,Pages 1062-1069,2014.

PINTO, D; SALGADO, P. O; CHIANCA, T.C.M. **Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.20 no. 6, 2012.

ROCHA, T.F. NEVES, J.G. VIEGAS, K. **Escore de alerta precoce modificado: avaliação de pacientes traumáticos.** Rev. Bras. Enf. vol.69, 20016.

ROSSI, F.R. LIMA, M.A.D.S. **Acolhimento: tecnologia leve nos processos**

gerenciais do enfermeiro. Rev. Bras. Enferm., 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a10v58n3.pdf> Acesso em 18/03/2014.

SILVA, AM. **Triagem de Prioridades-Triagem de Manchester.** Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe, 2009. Disponível em: <file:///D:/USUARIOS/Downloads/Tese%20Mestrado%20%20Triagem%20Prioridades%20%20Triagem%20Manchester%20v.pdf>. Acesso em: 20/06/2015.

SMITH, G.B, PRYTHERCH, D.R; SCHMIDT, P.E, FEATHERSTONE, P.I. **Review and performance evaluation of aggregate weighted track and trigger systems.** Resuscitation, vol 77, May 2008, pages 170-179.

SOUZA, C.C.; MATA, L.R.F., CARVALHO, E.C., CHIANCA, T.C.M. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo de Manchester.** Rev. Esc.Enferm. USP, 2013.

SOUZA, C.C.; TOLEDO, A.D.; TADEU, L.F.R.; CHIANCA, T.C.M. **Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2011.

SOUZA, R.S, BASTOS, M.A.R. **Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro.** Reme: Rev Mineira Enferm. 2008. Disponível em <http://reme.org.br/artigo/detalhes/304>. Acesso em 10/07/2014.

SOUZA, C.C.; ARAÚJO, F. A.; CHIANCA, T. C. M. **Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura.** Rev. Esc.Enferm. USP, 2015.

SOUZA, T. H.; ANDRADE, S. R. **Acolhimento com classificação de risco: um indicador de demanda emergencial de um serviço hospitalar.** Cogitare enferm. Vol. 19, nº 4, 2014.

STEINER, D; RENETSEDER, F; KUTZ, A; et al. **Performance of the Manchester Triage System in Adult Medical Emergency Patients: A prospective Cohort Study**. The Journal of Emergency Medicine. Volume 50, Issue 4, April, 2016, Pages 678- 689.

SUBBE, C.P; DAVIES, R.G; WILLIAM, E; RUTHERFORD, P; GEMMEL, L. **Effect of introducing the Modified Early Warning Score on clinical outcomes, cardio-pulmonary arrest and intensive care utilisation in acute medical admissions**. Anaesthesia, 2003, 58, pages 775-803. Disponível em : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2044.2003.03258.x/epdf>. Acesso em 23/08/2016.

SUBBE, C.P; KRUGER, M; RUTHERFORD, P; GEMMEL, L. **Validation of modified Early Warning Score in medical admissions**. QJM. Oct 2001, 94(10) 521-526, DOI: 10.1093/qjmed/94.10.521.

TAVARES, R.C.F; VIEIRA, A.S; UCHOA, L.V; PEIXOTO, A.A; MENEZES, F.A. **Validação de Escore de Alerta Precoce Pré-Admissão na Unidade de Terapia Intensiva**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, vol 20, n2, 2008.

YOSHIDA, V. C.; ANDRADE, M. G. G. **O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas**. Interface Botucatu, vol. 20, nº 58, 2016.

WULP, I Van der, et al. **Pain assessments at triage with the Manchester triage system: a prospective observational study**. Emerg Med J, 28:585-589. Holanda, 2011.

APÊNDICE A- Instrumento para coleta de dados

Título do estudo: Avaliação de um protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em relação à capacidade de prever o desfecho clínico.

Aluno: Tatiane de Jesus Martins Mendes

Orientadora: Profa. Dra. Angelita Maria Stabile

Nome (INICIAIS):	
Nº de Prontuário:	
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos	Sexo: () Feminino ₍₁₎ () Masculino ₍₂₎
Data do atendimento ACRR: ____/____/____	Data da coleta de dados: ____/____/____
Queixa(s) Principal (is):	
Classificação recebida por cor: () Verde ₍₁₎ () Amarelo ₍₂₎ () Vermelho ₍₃₎	Pontuação obtida no escore MEWS: _____ pontos
Tempo de espera entre a recepção e o ACCR: _____ minutos	
Tempo de espera entre a senha e o atendimento médico: _____ minutos	
Encaminhamento () Alta ₍₁₎ () Internação ₍₂₎	Setor da Internação, caso internado: () Sala de Urgência ₍₁₎ () Enfermaria Clínica ₍₂₎ () Enfermaria Cirúrgica ₍₃₎ () Unidade de Terapia Intensiva ₍₄₎

	☐ Centro Cirúrgico ⁽⁵⁾ ☐ Hemodinâmica ⁽⁶⁾
Desfecho em caso de internação hospitalar ☐ Alta hospitalar ⁽¹⁾ ☐ Óbito ⁽²⁾	Data do desfecho: ____/____/____

ANEXO A - Protocolo Acolhimento com Classificação de risco.

Classificação de prioridade do atendimento: Os pacientes são classificados por cores em três níveis de priorização que indicam:

Vermelho – Emergência: o cliente é encaminhado diretamente à sala de emergência para atendimento médico imediato; Amarelo – Urgência: o cliente necessita de atendimento médico o mais rápido possível em até 30 minutos, porém não corre risco imediato de morte; Verde – Pouco urgente: caso menos grave, o cliente receberá atendimento médico em até 120 minutos, porém não apresenta risco.

CLASSIFICAÇÃO	SITUAÇÃO/QUEIXA
VERMELHO: EMERGENTE O cliente é encaminhado diretamente à sala de emergência para atendimento médico imediato. O atendimento será imediato nas seguintes situações:	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que apresentarem dois ou mais desses critérios, com quadro clínico suspeito ou confirmado da infecção: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Temperatura corporal > 38°C ou < 36°C; ❖ Frequência cardíaca > 90bpm; ❖ Frequência respiratória > 20ipm ou PaCO₂ < 32mmHg; ❖ Leucograma 10% neutrófilos imaturos; ❖ Hiperglicemia (glicose plasmática < 90mmHg ou queda > 40mmHg na ausência de outras causas). • Politraumatizado grave. Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; • Queimaduras com mais de 25% da área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios • Traumas crânio-encefálico grave • Estado mental alterado ou em coma • Comprometimentos da coluna vertebral • Desconforto respiratório grave • Dor no peito associada à falta de ar e cianose (dor em aperto, focada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e

mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náusea e vômito ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes, qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso.

- Perfurações no peito, abdome e cabeça.
- Crises convulsivas (inclusive pós-crise).
- Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12.
- Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória.
- Tentativas de suicídio
- Complicações de diabetes (hipoglicemia ou hiperglicemia).
- Parada cardiorrespiratória.
- Hemorragias não controláveis.
- Infecções graves – febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência.

Há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamadas Bandeiras Brancas, que deveram ser levados em considerações, pois podem representar condições em que o Cliente poderá piorar repentinamente:

- Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h.
 - Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões
 - Perda de consciência, mesmo momentânea, após acidente.
 - Negação violentada óbvias injurias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e, ocasionalmente, com respostas inapropriadas.
 - Fraturas da 1 e 2 costela.
-

	<ul style="list-style-type: none"> • Fraturas 9,10, 11 costelas ou mais de três costelas. • Possível contusão pulmonar. • Óbitos no local de ocorrência
AMARELO: URGENTE Clientes que necessitam de atendimento médico ou enfermagem o mais rápido possível, porém não correm risco de morte. Deverão ser encaminhadas diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco.	<ul style="list-style-type: none"> • Politraumatizado com Glasgow entre 13 ou 15: sem alterações de sinais vitais • Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhadas de sinais ou sintomas neurológicos do campo visual, dislalia, afasia. • Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 ou 15) • Diminuição do nível de consciência. • Alteração aguda do comportamento – agitação, letargia ou confusão mental. • História de convulsão / pós – ictal- convulsão nas últimas 24 horas. • Dor torácica intensa. • Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes). • Crise asmática. • Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia. • Desmaios. • Estados de pânico, overdose. • Alterações de sinais vitais em Cliente sintomático: FC < 50 ou >140 PA sistólica <90 ou >240 PA diastólica >130 T <35 ou >40 FR >34 ou <10 • História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia, com PA sistólica 100 ou FC >120. • Epistaxe com alteração de sinais vitais. • Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos,

sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre).

- Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais: gravidez confirmada ou suspeita.
- Náuseas / vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave, letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais.
- Desmaios
- Febre alta (39/40° C)
- Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa.
- Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15.
- Vítimas de abuso sexual.
- Imunodeprimidos com febre.

VERDE: POUCO

URGENTE:

Caso menos grave, o cliente receberá atendimento médico, porém não apresenta risco. O atendimento será realizado pelo médico em até 120 minutos nas seguintes situações

Clientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidas com prioridade sobre consultas simples.

- Idade superior a 60 anos
 - Gestantes com complicações da gravidez
 - Clientes escoltados
 - Clientes doadores de sangue
 - Deficientes físicos
 - Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro.
 - Impossibilidade de deambulação.
 - Asma fora de crise
 - Enxaqueca- Clientes com diagnóstico anterior de enxaqueca.
 - Dor de ouvido moderada à grave.
 - Dor abdominal sem alteração de sinais vitais.
 - Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve.
-

-
- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação
 - História de convulsão sem alteração de consciência.
 - Lombalgia intensa.
 - Abscessos.
 - Distúrbios neurovegetativos.
 - Intercorrências ortopédicas.
 - Queixas crônicas sem alterações agudas.
 - Procedimentos como: curativos, troca ou requisição de receitas médicas, avaliação de resultado se exame, solicitação de atestados médicos.

Obs: Clientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.

ANEXO B- Comitê de ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sob o protocolo de número CAAE 44093615.2.0000.5393.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de um protocolo de classificação de risco em relação a capacidade de prever a admissão hospitalar e o desfecho clínico.

Pesquisador: Tatiane de Jesus Martins Mendes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44093615.2.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.082.278

Data da Relatoria: 06/05/2015

Apresentação do Projeto:

A utilização de protocolos na classificação de risco permite que os profissionais possam seguir os mesmos parâmetros na classificação dos pacientes segundo sua gravidade, diminuindo a possibilidade de subjetividade; este protocolo deve ser construído e adaptado ao perfil de cada serviço e ao contexto de sua realidade vivenciada.

O presente estudo de abordagem quantitativa, transversal e descritivo, realizado em hospital particular na cidade de Franca, pretende avaliar o protocolo de classificação de risco em relação a sua capacidade de prever a internação e o desfecho clínico. Serão avaliados todos os prontuários dos usuários que procurarem o serviço para atendimento

clínico no mês de agosto de 2015, e forem submetidos a Avaliação de Classificação de Risco: que contenham registros de identificação do profissional enfermeiro que realizou o atendimento, descrição da avaliação, classificação de risco e escore que o usuário recebeu. É prevista a consulta a 2.500 prontuários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o protocolo de classificação de risco em relação a sua capacidade de prever a internação e o desfecho clínico.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.082.278

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os atendimentos realizados no pronto socorro de acordo com sexo, idade, classificação da cor conforme o risco de vida, procedência, tempo de espera entre a recepção e a classificação e tipos de intercorrências ou queixas;
- Avaliar o tempo de espera para atendimento pelos usuários, de acordo com a classificação obtida: emergente (atendimento imediato), urgente (atendimento em até 30 minutos) e pouco urgente (atendimento em até 120 minutos).
- Verificar a relação entre a classificação de risco recebida pelos usuários e o desfecho: internação, alta ou óbito.
- Verificar a relação entre a classificação de risco e o escore de alerta precoce (MEWS) recebido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisadora refere não haver riscos e benefícios diretos, uma vez que não haverá abordagem direta aos pacientes, somente consulta a prontuário eletrônico. Se compromete a resguardar o sigilo das informações dos prontuários e solicita dispensa do TCLE. Em relação ao benefícios, esses serão indiretos pois, segundo os pesquisadores, avaliar o processo de classificação de risco poderá futuramente melhorar o atendimento aos usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo com tema relevante para a enfermagem e para a Saúde Pública, abordando avaliação de protocolos de classificação de risco; descreve o método e apresenta referências pertinentes e atualizadas. Solicita dispensa do TCLE devido à dificuldade em entrar em contato direto com todos os pacientes, tanto pela quantidade (serão 2.500) quanto à procedência (são de diversas cidades da região).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: Folha de rosto, assinada pelo pesquisador responsável e pela vice diretora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; projeto de pesquisa; cronograma do estudo; orçamento; ofício de encaminhamento do projeto ao CEP; autorização da instituição; ofício de solicitação de dispensa de TCLE.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugestão de aprovação.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.082.278

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 195ª reunião ordinária.

RIBEIRÃO PRETO, 27 de Maio de 2015

Assinado por:

Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br