

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

**LUCIANA BIHAIN HAGEMANN**

**ACURÁCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR  
ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA  
HOSPITALAR**

**FLORIANÓPOLIS-SC  
2014**



**LUCIANA BIHAIN HAGEMANN**

**ACURÁCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR  
ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA  
HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção de título de Mestre em Saúde – Área de Concentração: Cuidados intensivos. Linha de Pesquisa: Tecnologias e Inovações no cuidado.

Orientadora: Dra. Kátia Cilene Bertoncello

Área de Concentração: Cuidado Intensivo

**FLORIANÓPOLIS-SC  
2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

HAGEMANN, LUCIANA BIHAIN  
ACURÁCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR ENFERMEIROS DE  
UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR / LUCIANA BIHAIN  
HAGEMANN ; orientadora, Kátia Cilene Bertoncello -  
Florianópolis, SC, 2014.  
140 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Federal de Santa Catarina, . Programa de Pós-Graduação  
Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Saúde. 2. Registros de Enfermagem. 3. Serviços  
Médicos de Emergência. 4. Precisão da medição dimensional.  
5. Acolhimento;. I. Bertoncello, Kátia Cilene . II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação Multidisciplinar em Saúde. III. Título.



## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho foi construído com a colaboração de muitas pessoas especiais a qual gostaria de destacar:

Primeiramente a Deus por ter me dado forças nesta caminhada, e por todas as bênçãos que ele me concede diariamente;

Agradeço a minha família, em especial minha amada irmã Simone Bihain Hagemann que me ofertou todas as condições para que eu chegasse até aqui, e minha mãe Neiva Maria Bihain por seu incentivo e torcida de mãe que sempre dá certo;

Agradeço a Dra. Katia Cilene Bertoncello que me acolheu, orientou e me incentivou a realizar este trabalho;

Agradeço a amiga Giuliana Caldeirini Aruto que designou tempo para me auxiliar na coleta de dados, e por sua grande companhia, apoio de todas as horas;

Agradeço a grande amiga Manuela Beatriz Velho, pessoa qual muito admiro; pela amizade, acolhidas e parceria de sempre, muito obrigada!

Agradeço a amiga do coração Carolina Botton, que mesmo distante está sempre comigo, amiga de uma vida e outras mais;

Agradeço ao amigo- irmão Ricardo Morel Hartmann pelas filosofias de pós graduação em bares germânicos, e pela parceria na Eurotrip. Estás no coração;

Agradeço a aluna doutoranda Juliana Lesmann que designou seu tempo para me envolver no mundo da estatística; muito grata por sua ajuda;

Agradeço aos funcionários do SAME do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Tiago, em especial ao Luciano que não mediu forças em buscar caixas no arquivo; mui grata;

Agradeço ao Serviço de Emergência Adulto do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, pela formação e campo de estudo agora, campo de trabalho, aos colegas, muito obrigada;

Agradeço aos colegas do NAS Unimed Trindade que muito me auxiliaram e fizeram meus dias mais alegres: Márcia Regina Stahelin, Gabriel Andrade, Luis Alexandre Vieira, Juliano André, Rai, Eliane Candida Martins, Ana Paula Campbell, Philipe Neves, Marcos Neuhaus, Amarilis Freire, Rodrigo Silva.

Agradeço ao Programa de Mestrado Profissional Multidisciplinar em saúde pela oportunidade e apoio financeiro.

**MUITO GRATA A TODOS!**

## Epígrafe

Ficaram arreios suados e o silêncio de esporas  
Um cerne com cor de aurora queimando em fogo de chão  
Uma cuia e uma bomba recostada na cambona  
E uma saudade redomona pelos cantos do galpão.

Luiz Marengo –  
Quando o verso vem pras casa.





## RESUMO

No ano de 2003 entrou em vigor a Política Nacional de Humanização (PNH) com o intuito de operacionalizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de agir e cuidar. Contida nesta Política, houve o lançamento do acolhimento com classificação de risco, com a proposta de ser uma ferramenta de trabalho voltado para a organização e humanização do atendimento, ampliação ao acesso dos usuários aos serviços de urgência e emergência. O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU UFSC) adotou para a unidade de emergência adulto um protocolo próprio de acolhimento com classificação, vigente desde 1 agosto de 2011, sendo que até os dias atuais ainda não fora avaliado sistematicamente. Nessa perspectiva, estudos de acurácia vem sendo desenvolvidos com o intuito de representar o grau de proximidade de uma estimativa com seu parâmetro (ou valor verdadeiro). Para a área de enfermagem, estudos de acurácia vêm sendo desenvolvidos nos últimos anos baseados em pesquisas voltadas à prática clínica associado às intensas publicações da prática integradas com o advento da prática baseada em evidências. Entretanto, ainda há dificuldade para encontrar literaturas recentes lideradas por Enfermeiros na perspectiva da acurácia da classificação de risco. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi determinar a acurácia dos enfermeiros de uma unidade de emergência adulto no resultado dos níveis de classificação de risco, pela concordância entre os classificadores e o protocolo institucional e avaliar os registros dos dados utilizados pelos enfermeiros da classificação de risco. Trata-se de um estudo quantitativo transversal, retrospectivo realizado entre outubro e dezembro de 2013, em um hospital universitário do sul do Brasil. Foram realizadas 380 reclassificações de risco seguindo o protocolo institucional. Foram identificadas fragilidades no tangente aos registros feitos pelos enfermeiros da classificação de risco bem como na escassez de dados. Observou-se que a acurácia da classificação de risco institucional é excelente de acordo com o coeficiente de concordância de Kappa obtido no estudo (0,786) com intervalo de confiança de 95% entre 0,732 e 0,840 com valor de hipótese nula de 0,042 (isto é, menor que o limite estimado de 0,4). De um modo geral o protocolo de classificação de risco do HU UFSC mostrou-se confiável ao sugerir um excelente acordo entre a avaliação e a reavaliação, porém é necessária a realização de outros estudos para identificar a associação entre a ausência de dados e a influência que estes exercem sobre a classificação de risco.

**Descritores:** Registros de Enfermagem; Acolhimento; Serviços Médicos de Emergência; Precisão da medição dimensional.

## ABSTRACT

In 2003 came into force the National Humanization Policy (NHP) in order to operationalize the principles of the Unified Health System (SUS) in everyday health services, producing changes in the modes of action and care. Contained in this Policy, has been launched with the host rating, the proposal to be a working tool facing the organization and humanizing care, broadening the user access to urgent and emergency services. The University Hospital of São Thiago Polydoro Ernani (HU UFSC) adopted for the adult emergency department its own protocol with the host rating, effective from August 1, 2011, and until today had not yet been systematically evaluated. From this perspective, studies of accuracy has been developed in order to represent the closeness of an estimate to its parameter (or true value). For nursing, studies of accuracy have been developed in recent years based on research aimed at clinical practice associated with intense publications integrated practice with the advent of evidence-based practice. However, it is still difficult to find recent literature led by Nurses in view of classification accuracy of risk. Thus, the aim of this study was to determine the accuracy of nurses in an adult emergency unit in the income levels of risk classification, by agreement between the classifiers and institutional protocol and evaluate the data records used by nurses on the risk rating. This is a retrospective cross-sectional quantitative study conducted between October and December 2013 in a university hospital in southern Brazil. 380 reclassifications risk following the institutional protocol were performed. Weaknesses were identified in the tangent to the records made by nurses on the risk rating and the scarcity of data. It was observed that the accuracy of classification of institutional risk is excellent according to the Kappa coefficient of agreement obtained in this study (0.786) with a confidence interval of 95% between 0.732 and 0.840 with a value of 0.042 null hypothesis (ie, smaller than the target range of 0.4). In general protocol for risk classification of HU UFSC was reliable to suggest an excellent agreement between assessment and reassessment, but it is necessary to perform further studies to identify the association between the lack of data and the influence they exert on the risk rating.

**Keywords:** Nurse Records; User Embrace; Emergency Medical Services; Dimensional Measurement Accuracy.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACEM	<i>Australasian College for Emergency Medicine</i>
ATS	<i>Australasian Triage Scale</i>
BDENF	Base de dados de enfermagem
CAPES	Coordenadoria de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior
CONEP	Comissão Nacional de ética em Pesquisa
CTAS	<i>Canadian Triage Acuity Scale</i>
DE	Departamentos de Enfermagem
DECS	Descritores em saúde
ENA	<i>Emergency Nurses Association</i>
ESI	<i>Emergency Severity Index</i>
FC	Frequência Cardíaca
GBCR	Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
GPT	Grupo Português de Triagem
HU	Hospital Universitário
HU UFSC	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Tiago
IASP	Sociedade Internacional para o estudo da dor
IC	Intervalo de Confiança
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MTS	Sistema de Triagem de Manchester
PA	Pressão Arterial
PNH	Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da assistência hospitalar
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Office</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto atendimento



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Ilustração da categoria 1 da <i>Australian Triage Scale</i>	34
<b>Figura 2 :</b> Ilustração da <i>Canadian emergency department triage and acuity scale</i>	35
<b>Figura 3 :</b> Ilustração do Sistema de Triagem de <i>Manchester</i>	37





## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição das fichas de atendimento para composição da amostra de acordo com mês e ano. Florianópolis, 2014.....	<b>46</b>
<b>Tabela 2:</b> Índices de concordância entre enfermeiros classificadores e o protocolo institucional na classificação de risco. Florianópolis, 2014.....	<b>60</b>



## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Distribuição dos registros com identificação do Enfermeiro classificador conforme levantamento das 380 fichas de atendimento de atendimento com avaliação e classificação de risco, Florianópolis-SC, 2014..... 57
- Gráfico 2.** Distribuição do registro do início dos sintomas conforme levantamento das 380 fichas de atendimento com avaliação e classificação de risco. Florianópolis-SC, 2014..... 58
- Gráfico 3.** Distribuição do registro de intensidade dos sintomas conforme levantamento das 380 fichas de atendimento com avaliação e classificação de risco. Florianópolis-SC, 2014..... 58



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>29</b>
2.1 O Sistema Único de Saúde e os serviços de Emergência.....	29
2.2. Dispositivos de avaliação e classificação de Risco	31
2.2.1. Escala de Triagem Australiana.....	33
2.2.2. Escala de Triagem Canadense.....	34
2.2.3. Escala de Triagem Americana.....	35
2.2.4. Sistema de Triagem de Manchester.....	36
2.3. Acurácia e Classificação de Risco.....	38
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>41</b>
3.1. Tipo de Estudo.....	41
3.2. Local de Pesquisa.....	41
3.3. Acolhimento com Classificação de Risco na Emergência do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.....	42
3.4. População e Amostra.....	44
3.5. Critérios de Elegibilidade.....	46
3.5.1 Critérios de Inclusão.....	46
3.5.2 Critérios de Exclusão.....	47
3.6. Coleta de Dados	47
3.6.1. Procedimento para Reclassificação	48
3.7. Variáveis.....	48
3.7.1 Variáveis Demográficas.....	48
3.6.2 Variáveis relacionadas ao protocolo institucional de acolhimento com classificação de risco.....	49
3.8. Processamento e Análise dos dados.....	50
3.9. Aspectos Éticos.....	51
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>52</b>
4.1 Manuscrito Avaliação de um protocolo de acolhimento com classificação de risco: Acurácia de enfermeiros.....	53
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>APÊNDICES</b>	



## 1. INTRODUÇÃO

A superlotação dos Serviços de Emergência nos hospitais públicos brasileiros tem trazido preocupação crescente entre usuários, profissionais e gestores dos serviços. Inúmeras têm sido as medidas adotadas para minimizar estas condições (BITTENCOURT, 2009).

A pressão exercida pela superlotação que caracteriza os serviços públicos de pronto-socorro promove a assistência hospitalar fragmentada, caracterizada em sua maioria por ações específicas e imediatistas, muitas vezes desarticuladas do cuidado integral em saúde. Essas práticas, além de avultarem os gastos, acarretam a descontinuidade da assistência e agravam as situações de doença, principalmente aquelas crônicas que poderiam ser acompanhadas na rede básica, mas acabam nas filas dos serviços de emergência (VALENTIM, SANTOS, 2009).

No cenário internacional, desde meados dos anos 80 que os Departamentos de Emergência (DE) (como são chamados as unidades de pronto atendimento) já utilizam de ferramentas para triar os pacientes que procuram os serviços. No Brasil até o final da década de 90 as filas para atendimento médico nos pronto- socorros e emergências obedeciam ao critério de ordem de chegada (ALBINO, GROSSEMAN, RIGGENBACH, 2007).

Esta realidade começou a mudar com a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), no ano de 2001. O programa em destaque se caracteriza por visar mudar os padrões de assistência ao usuário, através do aprimoramento das relações entre os profissionais de saúde e usuários, e também mudar os cenários de desordem nas unidades de urgência e emergência de nosso país (BRASIL, 2001).

Em 2003 houve o lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo de operacionalizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de agir e cuidar (BRASIL, 2004).

Com a PNH, os serviços públicos de pronto-socorro têm implementado estratégias de acesso e acolhimento, as quais podem ser reconhecidas como tentativas de construção de práticas integrais que requerem o uso de critérios de avaliação de risco de forma a classificar as diferentes especificidades das pessoas que procuram este serviço de acordo com o potencial agravo à saúde e, ainda, referenciar aos demais níveis de atenção (DAL PAI, LAUTERT, 2011).



O acolhimento com classificação de risco tem a proposta de ser um modo diferente de operar os processos de trabalho em saúde para atender a todos que procuram os serviços públicos de saúde, e oportunizar de forma equânime o atendimento dos usuários (BRASIL, 2004).

O acolhimento como diretriz operacional, deve atender todos os que procuram o serviço, garantindo a universalidade de acesso, acolhendo e escutando os problemas de saúde da população na busca por resolvê-los (COELHO, JORGE, 2009).

Por vezes, a noção de acolhimento com classificação de risco tem sido confundido com o termo *Triagem* devido principalmente a tradução literal da palavra inglesa *Triage* para a língua portuguesa, não considerando que o processo de triagem utilizado no cenário internacional se assemelha ao processo de acolhimento com classificação de risco do Brasil.

No entanto, entende-se acolhimento como a adoção de uma postura de aproximação e responsabilização durante o desenvolvimento das ações de atenção e gestão, favorecendo a confiança e o compromisso entre usuários, equipes e serviços. Cabe referir também que a triagem se refere a uma ação excludente a partir da seleção daqueles que serão atendidos, enquanto a classificação de risco se destina à ordenação do fluxo a partir do acolhimento de todos que procuram o pronto-socorro (BRASIL, 2004).

Existem várias formas e protocolos de se realizar a classificação de risco, sendo uma atribuição também do enfermeiro realizá-la. De acordo com SOUZA, BASTOS (2008), o trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco baseia-se na tomada de decisão, em que a escuta qualificada e o julgamento clínico e crítico das queixas induzem a um raciocínio lógico, que determinará o risco.

A tomada de decisão pelo enfermeiro, na classificação, tem como objetivo compreender a informação clínica, a sequência em que a informação se processa e as vias pelas quais essa informação determina a categoria de classificação.

O profissional que experimenta acolher classificando o risco dos usuários do SUS em meio a um ambiente complexo, como uma unidade de emergência, está cercado de demandas referente a atuação profissional e a utilização de um protocolo.

Ao exercer a profissão de enfermeira lotada em um setor de emergência adulto, egressa de um programa de residência multiprofissional em saúde com área de concentração Urgência e emergência, totalizando três anos de atuação na unidade de emergência

adulto, por diversas vezes me deparei com situações conflitantes, onde me senti desamparada pelo próprio protocolo institucional para a obtenção do risco.

Devido minha trajetória acadêmica e profissional, vivenciei as diversas fases de estratégias adotadas pela instituição para atender a demanda dos usuários na unidade de emergência adulto. Inicialmente a demanda era atendida por ordem de chegada e a triagem feita pelo estagiário acadêmico do curso de graduação em enfermagem, que separava os atendimentos clínicos dos cirúrgicos apenas.

Após alguns anos, na condição de enfermeira residente, acompanhei a implantação do dispositivo organizacional para acolhimento da unidade, a utilização do protocolo de acolhimento com classificação de risco proposto pelo Ministério da Saúde.

No ano de 2011, houve então a implantação do acolhimento com classificação de risco baseado em um protocolo Institucional próprio que está vigente até os dias atuais. O protocolo institucional adotado foi implantado em 1 de agosto de 2011, sendo que desde então tem sido aplicado como instrumento de trabalho para os enfermeiros do acolhimento na obtenção do grau de prioridade dos usuários.

É importante destacar, que desde a sua implantação, o protocolo nunca sofreu nenhum tipo de avaliação sistemática. Baseado na minha atuação profissional de enfermeira que realiza o acolhimento utilizando este protocolo institucional, percebi algumas fragilidades como, por exemplo, o protocolo não oferta todos os fluxogramas, para queixas comuns, por exemplo, crise hipertensiva.

Senti a necessidade também de se avaliar os registros de enfermagem feitos durante a classificação de risco, pois identifiquei que o processo de acolher feito na unidade não segue um padrão por todos os enfermeiros, sendo que alguns profissionais não realizam o registro do fluxograma e discriminador utilizado para obtenção do grau de prioridade.

Visando discutir tais questionamentos e com a finalidade de contribuir com possíveis ajustes se necessário no protocolo institucional para que os enfermeiros da unidade utilizem cada vez mais um instrumento mais seguro, foi desenvolvido este estudo.

A opção de escolha para avaliação do protocolo baseado em um estudo de acurácia foi feito, uma vez que são considerados estudos padrão-ouro pela comunidade científica. A escassez de literatura encontrada sobre a temática foi fator motivante e desafiante a realizar esta investigação, através deste método inovador e de extrema precisão.

Nesta perspectiva, me despertou a estudar e a obter a resposta para a seguinte pergunta de investigação: *qual a acurácia da aplicação de um protocolo institucional de avaliação com classificação de risco, por enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar?*

Para responder ao questionamento foram traçados os seguintes objetivos:

- **Objetivo Geral:** Determinar a acurácia da aplicação de um protocolo de avaliação com classificação de risco, por enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar.
- **Objetivo específico:** Avaliar a aplicação do protocolo de acolhimento com classificação de risco através dos registros dos enfermeiros unidade de emergência hospitalar.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Para revisão da literatura realizou-se uma revisão narrativa, com literaturas publicadas entre 2000 a 2012 nas seguintes bases de dados: LILACS (*Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*), BDENF (*Base de Dados de Enfermagem*), e SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*), e no Portal de Periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) utilizando-se os seguintes descritores em Saúde (DECS): Enfermagem (*nursing, enfermería*), Classificação (*classification, classificación*), Acurácia não encontrado como descritor, mas com sinônimo do descritor Precisão da Medição dimensional (*dimensional measurement accuracy, precisión de La medición dimensional*), Acolhimento (*user embracement, Acogimiento*) Serviços Médicos de Emergência (*Emergency Medical Services, Servicios Médicos de Urgencia*).

Também foram consultados bancos de teses e dissertações (CAPES) e procurados estudos por nome de autores e referências indicadas em artigos.

### 2.1. O Sistema Único de Saúde e os Serviços de Emergência

A luta da sociedade civil brasileira em busca de direito a saúde desde meados dos anos 70 culminou no processo de Reforma Sanitária, historicamente conhecida por ser a precursora da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem o SUS está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988), que afirma:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

Essa citação traz, além da ideia central do direito à saúde como direito de cidadania, que cabe ao Estado à responsabilidade de promover a saúde de todos os brasileiros. Para o cumprimento dessa responsabilidade política e social assumida pelo Estado, são implementadas políticas econômicas e sociais que tenham como

finalidade a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população.

A formulação e implementação de políticas voltadas para garantir o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, visam, assegurar a universalização do acesso e a integralidade das ações. Outros princípios doutrinários do SUS são a integralidade, equidade, a regionalização e a hierarquização dos serviços, que dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades) entre si e com a população usuárias.

De acordo com PAIM (2008), a regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo.

A hierarquização dos serviços, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, que vai desde a atenção básica, considerada porta de entrada do SUS, passando pela média complexidade e alta complexidade, que são os centros de diagnósticos e grandes hospitais gerais.

As unidades de urgência e emergência inseridas no princípio de hierarquização do SUS pertencentes a média e alta complexidade, ganharam maior visibilidade recentemente com a homologação da portaria n. 1.600 de 07/07/2011 que Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema SUS (BRASIL, 2011).

Anteriormente a esta rede de atenção, os serviços de emergência atendiam a livre demanda conforme necessidades locais e interesses dos gestores hospitalares, não havia resolução própria dentro do SUS para estas unidades. Logo, o que se encontravam eram cenários de desordem, longas filas de espera para atendimento médico.

A situação de saúde dos brasileiros é reflexo dos seus aspectos demográficos e epidemiológicos, sendo que o Brasil vive atualmente uma transição demográfica acelerada. Segundo MENDES (2010), a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde que se manifesta, em maior ou menor grau, em todos os países mundo, decorre de uma incoerência entre uma situação de saúde de transição demográfica e de transição epidemiológica e o modo como se estruturam as respostas sociais deliberadas às necessidades das populações.

Com a modificação do perfil epidemiológico da morbimortalidade e, especialmente, com o crescimento da importância

das causas externas, o atendimento de urgência ganhou mais relevância e indica a proporção desigual entre a oferta de recursos e demanda dos usuários, ressaltando um cenário nacional e internacional de serviços de emergência “porta aberta” superlotados. (COUTINHO, CECÍLIO, MOTA, 2012).

A superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar é um fenômeno mundial. É caracterizado pela ocupação máxima dos leitos do serviço de emergência; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. O que indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo e do hospital em particular, e induz à baixa qualidade assistencial (BITTENCOURT, 2009).

Em resposta à essas necessidades o acolhimento com classificação de risco vem a constituir uma das diretrizes da Rede de Atenção às Urgências. Inicialmente o acolhimento com classificação de risco foi adotado como uma ferramenta estratégica da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) em 2003 que visava qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde (BRASIL, 2010).

O acolhimento com avaliação e classificação de risco proposto pela PNH define que o acolhimento seja uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

Dessa forma o acolhimento com classificação de risco atualmente implantado nos serviços de urgência e emergência tem ampliado o acesso dos usuários aos serviços, além de humanizar a assistência prestada e buscar integrar os princípios de saúde do SUS como, por exemplo: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, regionalização, descentralização, resolubilidade.

## **2.2. Dispositivos de avaliação e classificação de risco**

Existem vários sistemas para classificação de risco no mundo. O marco histórico do início da triagem é emergente dos cenários das guerras napoleônicas, sendo o cirurgião do exército de Napoleão na Revolução Francesa, *Jean Dominique Larrey*, a concepção do método, que constituía em avaliar rapidamente e identificar os soldados feridos, separar os que exigiam atenção médica urgente e priorizar o tratamento

para recupera-los o mais rápido possível para o campo de batalha (COUTINHO, CECILIO, MOTA, 2012).

O processo de acolhimento com classificação de risco, sempre esteve atrelado a cenários de guerras e catástrofes, onde o termo triagem era muito utilizado no sentido de separar pessoas em boas condições de saúde das demais.

De acordo com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), em referência a história da enfermagem na classificação de risco, relata que em Londres no de 1898, um hospital encontrava pacientes amontoados em escadarias, sendo função da enfermeira perguntar ao paciente qual a queixa que ele apresentava, para então ela poder encaminhá-lo para atendimento médico clínico ou com médicos de cirurgia (GBCR, 2014).

Ao longo dos anos o processo de acolher aperfeiçoou-se principalmente devido a demanda espontânea dos serviços de urgência e emergência e cenários de desordem e superlotação. Atualmente, a classificação de risco é mais do que uma forma de organizar as portas de entrada dos serviços de saúde, ela tem vários objetivos que instrumentalizam o profissional que executa este processo, e a instituição que o utiliza como método de trabalho.

Nos Estados Unidos, desde o início da década de 80, o governo federal exige triagem nos departamentos de emergência para todos os hospitais que desejam ser acreditados pelos programas governamentais. O Ministério da Saúde de algumas províncias canadenses também formalizaram a obrigatoriedade da triagem nas emergências dos hospitais (MURRAY, BULLARD, GRAFSTEIN 2004).

De acordo com Jimenez (2003), os principais objetivos em realizar a classificação de risco, são: identificar rapidamente os pacientes em situação de risco de morte; determinar a área mais adequada para tratar o doente que se apresenta ao serviço de emergência; reduzir o congestionamento nas áreas de tratamento do serviço de emergência para melhoria do fluxo de pacientes; garantir a reavaliação periódica dos pacientes; informar aos pacientes e famílias o tipo de serviço de que necessita e o tempo estimado de espera, assegurar as prioridades em função do nível de classificação; priorizar apenas o acesso ao atendimento e não fazer diagnóstico.

Para PIREZ (2003), a triagem realizada nas unidades de urgência deve possuir caráter de organização do fluxo de clientes de acordo com o potencial risco de vida ou necessidade de apoio, diagnóstico e tratamento, não devendo ser utilizada para fins de exclusão de atendimento.

O trabalho de acolher exige a presença de um protocolo sistemático a fim de identificar os pacientes que necessitam ser vistos primeiro e aqueles que podem esperar por atendimento em segurança.

Entre as escalas de triagem mais utilizados no mundo destacam-se quatro: o *Australian Triage Scale* (ATS<sup>©</sup>), o *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS<sup>©</sup>), o *Emergency Severity Index* (ESI<sup>©</sup>) e o *Manchester Triage System* (MTS<sup>©</sup>) (GBCR, 2014; ALBINO, GROSSEMAN, RIGGENBACH, 2007).

### **2.2.1. Escala de Triagem Australiana (“*Australian Triage Scale*”, ATS<sup>©</sup>)**

O órgão que regulamenta esta escala é o *Australasian College for Emergency Medicine* (ACEM). A escala nacional Australiana utilizada nos serviços hospitalares de emergência começou a ser adotada em 1994, e classifica o paciente em cinco níveis de acordo com a gravidade do caso, estabelecendo o tempo máximo para avaliação dos pacientes (*AUSTRALIAN COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE, 2014*).

A cada uma das categorias de urgência da escala corresponde uma série de descritores clínicos, que vão desde sintomas a parâmetros clínicos e comportamentais.

A escala é aplicada por enfermeiros, que utilizam uma lista de descritores clínicos para atribuir uma categoria de urgência, assim descritas:

Categoria 1: imediata ameaça a vida – imediato;

Categoria 2: iminente ameaça a vida – 10 minutos;

Categoria 3: potencial ameaça a vida – 30 minutos;

Categoria 4: pacientes sérios potencialmente – 60 minutos;

Categoria 5: pacientes menos urgentes – 120 minutos.

A Figura abaixo representa ilustrativamente a Categoria 1 da ATS<sup>©</sup> (categoria 1: imediata ameaça a vida – atendimento imediato).



**Figura 1. Ilustração da categoria 1 da *Australian Triage Scale*.  
AUSTRALIAN COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE, 2014.**

ATS Category	Response	Description of Category	Clinical Descriptors (indicative only)
Category 1	Immediate simultaneous assessment and treatment	<p><b>Immediately Life-Threatening</b></p> <p>Conditions that are threats to life (or imminent risk of deterioration) and require immediate aggressive intervention.</p>	<p>Cardiac arrest Respiratory arrest</p> <p>Immediate risk to airway – impending arrest Respiratory rate &lt;10/min Extreme respiratory distress</p> <p>BP&lt; 80 (adult) or severely shocked child/infant</p> <p>Unresponsive or responds to pain only (GCS &lt; 9) Ongoing/prolonged seizure IV overdose and unresponsive or hypoventilation</p> <p>Severe behavioural disorder with immediate threat of dangerous violence</p>

Fonte: *Australian College of Emergency Medicine, 2014*

Além do estabelecimento do tempo máximo de atendimento, a ATS<sup>©</sup> traz consigo a determinação de padrões mínimos a serem registrados. Os padrões mínimos incluem a data e horário da avaliação; nome do profissional que realizou a classificação de risco; queixa ou acometimento principal; história pregressa; achados clínicos relevantes; categoria inicial da classificação de risco; categoria após a reavaliação da classificação de risco (citando tempo e motivo); local de realização da avaliação e tratamento e diagnóstico e medidas que foram iniciadas (GBCR, 2014; ACEM, 2014).

### 2.2.2. Escala de Triage Canadense - *Canadian Triage Acuity Scale*” (CTAS<sup>©</sup>)

A escala Canadense foi implementada no ano de 1999 em todo Canadá, e desde então, vem sendo revista e atualizada, tendo a última versão publicada em 2008 (MURRAY, BULLARD, GRAFSTEIN, 2004).

O objetivo desta escala é definir com mais precisão as necessidades dos pacientes para atendimento em tempo útil e também permitir que os departamentos de emergência possam avaliar o seu nível

de acuidade, necessidades e desempenho dos recursos (C CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE (CTAS) WORKING GROUP, 2014).

A escala apresenta cinco níveis, que correspondem a uma cor e tempo-alvo, em que a cor azul corresponde ao nível com maior gravidade e a cor branca corresponde ao nível com menor gravidade, como listado abaixo.

Nível 1: reanimação – azul: imediato;

Nível 2: emergente – vermelho: 15 minutos;

Nível 3: urgente – amarelo: 30 minutos;

Nível 4: menos urgente ou semiurgente – verde: 60 minutos;

Nível 5: não urgente – branco: 120 minutos.

A Figura abaixo representa ilustrativamente a CTAS de acordo com seu esquema de cores e prioridades.

**Figura 2. Ilustração da *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*. CTAS, 2014.**



Fonte: CTAS National Working Group, 2014.

### 2.2.3. Escala de Triage Americana “*Emergency Severity Index*” (ESI<sup>®</sup>)

É um sistema de triagem utilizado nos Estados Unidos desde 1999 com o objetivo de produzir a estratificação do risco dos pacientes. Trata-se de um sistema de triagem que segue em evolução com o apoio da *Emergency Nurses Association* (ENA) (GILBOY et al, 2005). O índice baseia-se na condição física, necessidade comportamental e psicossocial, bem como em fatores que influenciam o acesso do usuário aos cuidados de saúde.

Este modelo de triagem está baseado em um único fluxograma para guiar o enfermeiro classificador, com avaliação dos recursos

necessários para a adequada assistência de saúde. A ESI<sup>®</sup> apresenta cinco níveis de prioridade conformes listados a seguir.

Nível 1: emergente: avaliação medica imediata;

Nível 2: urgente: recomenda-se nao mais que 10 minutos para o atendimento;

Nível 3: os sintomas relacionam-se a doença aguda e os fatores de risco não indicam risco de deterioração rápida;

Nível 4: pacientes com queixas crônicas, sem ameaça a função de órgãos vitais;

Nível 5: os pacientes apresentam-se estáveis e não necessitam de recursos.

#### **2.2.4 Sistema de Triagem de Manchester (MTS<sup>®</sup>)**

O protocolo de Manchester foi criado na cidade de Manchester, Inglaterra, pelo grupo de triagem de Manchester em 1994, e teve sua segunda edição traduzida para o português, em 2002, pelo Grupo Português de Triagem (GBCR, 2014).

O objetivo de sua criação foi o **desenvolvimento de uma nomenclatura comum e de uma sólida metodologia de triagem, além de ser um programa de formação e também um guia de auditoria para a triagem (GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM, 2014).**

O MTS está implementado além do Reino Unido em quase toda a Europa, predominantemente na Irlanda, Portugal, Espanha, Itália, Alemanha, Suécia, Holanda, assim como em Hong Kong e Japão (COUTINHO, CECÍLIO, MOTA, 2012).

Este sistema utiliza fluxogramas que contém discriminadores gerais e específicos para obter a prioridade clinica, definindo o nível de urgência, a cor correspondente e o tempo-alvo de atendimento, como segue:

Nível 1: emergente, vermelho, imediato;

Nível 2: muito urgente, laranja: 10 minutos;

Nível 3: urgente, amarelo: 60 minutos;

Nível 4: pouco urgente – verde: 120 minutos;

Nível 5: não urgente – azul: 240 minutos.

A Figura abaixo mostra a classificação da MTS com o respectivo grau de prioridade.

**Figura 3. Ilustração do sistema de triagem de *Manchester*. Grupo Português de Triagem, 2014.**

<b>EMERGENTE</b>	<b>VERMELHO</b>	<b>IMEDIATO</b>
<b>MUITO URGENTE</b>	<b>LARANJA</b>	<b>Até 10 MINUTOS</b>
<b>URGENTE</b>	<b>AMARELO</b>	<b>Até 60 MINUTOS</b>
<b>POUCO URGENTE</b>	<b>VERDE</b>	<b>Até 120 MINUTOS</b>
<b>NÃO URGENTE</b>	<b>AZUL</b>	<b>Até 240 MINUTOS</b>

Fonte: Grupo Portugues de Triagem, 2014.

Outro importante componente do MTS é a avaliação da dor. A dor é um elemento importante, porém difícil por compreender. Ela é uma queixa frequente que leva os pacientes à procura de um pronto socorro, porém muitas vezes este sintoma não é bem abordado pela equipe de saúde que atua nos serviços de emergência (DAL PONTE et al. 2008).

A escala de dor de Manchester é numérica e visual e vai do zero (sem dor) ao 10 (a pior dor). A cada número da escala corresponde uma classificação de dor e uma prioridade.

De acordo com COUTINHO, CECILIO, MOTA, (2012), os quatro sistemas de triagens possuem algumas características em comum adaptados para cada realidade local. Os objetivos comuns dos principais sistemas de triagem mundiais são: identificar e separar rapidamente o doente em situação de risco de morte e que precisa ser atendido imediatamente dos que podem esperar com segurança o atendimento médico; Todos os sistemas possuem cinco categorias de urgências com numeração das categorias; A dor é um importante critério para medir a urgência e todas as escalas asseguram a reavaliação periódica dos pacientes; A utilização destes sistemas contribuem com informações que ajudam a definir a complexidade do serviço e dos fluxos internos; Preconiza-se que a triagem deva ser realizada pelo enfermeiro em todos os sistemas.

### 2.3 Acurácia e a classificação de Risco

Para garantir a confiabilidade de qualquer produto ou medida são necessárias avaliações para o alcance de resultados positivos ou para identificação de fragilidades.

É importante lembrar que qualquer avaliação está sujeita aos mais variados tipos de erros e como consequência dos erros o valor verdadeiro de uma grandeza, fica desconhecido.

De acordo com Monico et al. (2009), pode-se afirmar que teoricamente, o valor verdadeiro de uma grandeza é um conceito abstrato. Na prática, no entanto, pode-se dispor de uma grandeza com qualidade superior a outra, podendo-se considerá-la como de referência.

Para Mikhail e Ackermann (1976, p. 64), a acurácia é muito confundida com precisão, embora tenham significados diferentes. Acurácia representa o grau de proximidade de uma estimativa com seu parâmetro (ou valor verdadeiro) e precisão expressa o grau de consistência da grandeza medida com sua média.

Neste sentido, o termo Acurácia está relacionado com apurar, diagnosticar. Pode ser definida como a capacidade de uma dada variável representar o que ela realmente deveria representar (TOLEDO *apud* HELLEY et al. 2003). Em outras palavras, podemos dizer que a acurácia mede o grau de remoção de incerteza em comparação ao valor verdadeiro. Quanto maior a acurácia menor a incerteza e mais confiável será um estudo (MONICO et al, 2009).

Para a área de enfermagem, estudos de acurácia vêm sendo desenvolvidos nos últimos anos baseados em pesquisas voltadas à prática clínica associado às intensas publicações da prática integradas com o advento da prática baseada em evidências. Entretanto, ainda há dificuldade para encontrar literaturas recentes lideradas por Enfermeiros na perspectiva da acurácia da classificação de risco.

Para Lunney (2003) realizar estudos de acurácia são tarefas desafiadoras para Enfermeiros, mas que devem ser incentivados uma vez que estes estudos fornecem base para respostas bem sucedidas para as intervenções de enfermagem.

Para Lunney, Karlik, Kiss, Murphy (1997) os enfermeiros estão continuamente interpretando as respostas dos indivíduos, mas em geral não consideram a acurácia de tais interpretações.

A acurácia das interpretações das respostas humanas é importante porque essas interpretações fundamentam a seleção das intervenções, que por sua vez, contribuem para a obtenção dos resultados desejáveis (MATOS, CRUZ, 2009).

Estudos de acurácia com classificação de risco e triagem também vem sendo realizados nos últimos anos a fim de identificar o nível de acuidade de tal tarefa além de obter avaliações como ferramentas nos processos de trabalho.

Um estudo publicado em 2006 realizado por Enfermeiras da Suécia investigou a precisão das avaliações de acuidade na triagem. Este estudo divulga que é prática comum de enfermeiros realizarem a triagem em unidades de emergência, muitas vezes utilizando-se de protocolos sem avaliações sistemáticas. Relata ainda que há pouca informação disponível sobre os fatores que promovem a qualidade dessas triagens, e que pesquisas futuras devem ser realizadas para contribuir para o sucesso de triagem nas unidades de emergência (GÖRANSSON, *et al*, 2006).

Para Toledo (*et al*, 2009) é relevante a realização de estudos para identificar a acurácia dos profissionais que realizam o acolhimento com avaliação e classificação de risco, uma vez que estudos de acurácia são utilizados para indicar a qualidade de uma grandeza observada ou parâmetro estimado.

Göransson (*et al*, 2005) recomenda que novos estudos que avaliam a concordância das triagens nos departamentos de emergência sejam realizados para garantir, sobretudo a segurança do paciente e fortalecimento da cultura de segurança.

O estudo de acurácia vem sendo mensurado para análise de concordância entre decisões de profissionais que realizam a classificação de risco e os resultados tem apresentado variações importantes. (TOLEDO, 2009).

Göransson (*et al*, 2005) afirmam que há uma grande dificuldade de se realizarem estudos em cenários reais que retratem fidedignamente a representação das variáveis investigadas. Uma alternativa é a criação de cenários próximos à realidade ou a realização de estudos através de registros provenientes de situações reais.

A trajetória para a obtenção dos estudos de acurácia está baseada na aplicação de testes estatísticos que avaliam principalmente a concordância, especificidade e sensibilidade de variáveis de acordo com cada objetivo do estudo. De acordo com Perroca, Gaidzinski (2003) existem várias formas para estimativa da confiabilidade. A confiabilidade interavaliadores possibilita a verificação do grau de correspondência entre as avaliações independentes de dois ou mais enfermeiros que classificam o mesmo paciente, utilizando o mesmo instrumento de classificação.

É comumente aplicado para determinar a acurácia a determinação do coeficiente *Kappa* devido à alta sensibilidade às variações de erros de omissão e inclusão (COHEN, 1960).

A estatística *Kappa* é uma medida de reprodutibilidade dos dados que tem alguns pressupostos apontados por COHEN (1960): unidades independentes; categorias de escala nominal, independentes, mutuamente exclusivas e exaustivas e avaliação de observadores independentes. *Kappa* é, portanto, um indicador de confiabilidade que leva em conta a concordância ao acaso, sendo eleito para a análise deste estudo.

A estatística *Kappa* é uma medida de reprodutibilidade dos dados, é um índice usado para medir a concordância interclassificadores e sumariza a extensão da concordância além do nível que se espera ocorrer por acaso (POLIT, BECK, 2011).

A partir do valor de *Kappa* obtido é possível identificar qual o grau de concordância da variável a partir da utilização das escalas de concordância. O valor *Kappa* varia de -1 (ausência total de concordância) à 1 (concordância total) COHEN (1960).

De acordo com a análise de concordância proposta por Fleiss (1971) de acordo com o valor *kappa* encontrado podemos classificar a concordância em Pobre (*Kappa* varia de -1 a 0,3) Justa (*Kappa* varia de 0,4 a 0,6) e Excelente (*Kappa* varia de 0,7 a 1).

Ao aplicar o conceito de acurácia nesse estudo, objetivou analisar o quão acurado é o julgamento do profissional enfermeiro com relação ao acolhimento com classificação de risco de acordo com o protocolo institucional vigente.

Destaca-se a relevância da realização desta investigação para identificar os possíveis desajustes relativos a concordância da classificação de risco e dos registros de enfermagem utilizados para tal. Espera-se com os resultados encontrados favorecer na divulgação de estudos de acurácia na classificação de risco e contribuir para a instituição ao avaliar um protocolo implantado e nunca avaliado de forma sistemática.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e retrospectivo. Um estudo quantitativo é definido pela investigação de fenômenos que se prestam a medição e quantificação precisas, envolvendo um modelo rigoroso e controlado (POLIT, BECK, 2011).

Um estudo é transversal quando a coleta de dados ocorre em um determinado ponto no tempo, usado eventualmente para inferir mudanças ao longo do tempo, e quanto à característica temporal, um estudo é retrospectivo quando um fenômeno observado no presente é relacionado a fenômenos ocorridos no passado (Idem, 2011).

#### **3.2. Local de pesquisa**

Foi realizado na unidade de emergência adulto do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. A unidade de emergência adulto é uma das portas de entrada do hospital, e funciona em horário ininterrupto. Os pacientes com atendimentos referente a clínica médica são avaliados e classificados pelo Enfermeiro no turno das 07:00 hrs às 22:00 hrs, e após este horário o atendimento realizado por ordem de chegada, conforme demanda espontânea.

Os atendimentos cirúrgicos não fazem parte do protocolo de avaliação e classificação de risco, sendo atendidos por demanda espontânea, e ordem de chegada.

De acordo com o Boletim Estatístico de Movimento Hospitalar referente ao ano de 2012, ocorreram 82.617 atendimentos via unidade de emergência adulto, sendo 27.292 os atendimentos referentes a clínica médica e 10.910 atendimentos para a especialidade de clínica cirúrgica. (UFSC, 2013).

A unidade é composta por aproximadamente 107 profissionais fixos. Dos 107 profissionais, 19 são enfermeiros, 53 técnicos e auxiliares de enfermagem, 20 médicos de clínica médica e 11 médicos cirurgiões, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 nutricionista, funcionários técnico-administrativos e zeladores. Além de residentes multiprofissionais da urgência e emergência, das seguintes profissões: Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Farmácia, Análises Clínicas, e também recebe alunos de graduação de diversos cursos que atuam em estágios obrigatórios.

A unidade possui uma infraestrutura, sendo composta por:



recepção, sala de espera; sala de reuniões e passagem de plantão; sala de chefia de enfermagem; sala de chefia médica; 7 consultórios médicos; consultório da psicologia; consultório do serviço social; 2 postos de enfermagem; sala cirúrgica; sala de emergência/ reanimação cardiorespiratória; sala de medicação; sala de procedimentos; salão de observação em macas; 12 leitos de internação; 1 leito de isolamento; sala de RX; almoxarifado; sala de materiais; rouparia; expurgo; copa da nutrição; copa dos funcionários; banheiros; quarto de repouso de enfermagem feminino e masculino, assim como, quarto de repouso da medicina feminino e masculino.

O acolhimento com classificação de risco é realizado em consultório próprio destinado a este fim, localizado ao lado da recepção geral onde os usuários realizam a ficha de atendimento.

O acolhimento com classificação de risco não está disponível 24 horas devido a carência de enfermeiros no período noturno. A escala de Enfermeiros do turno noturno contempla apenas dois profissionais, que ficam responsáveis respectivamente pelo Serviço de Emergência Interna e Repouso da Emergência (leitos de internação), ficando o acolhimento sem o profissional enfermeiro após as 23:00 horas quando o Enfermeiro do Turno Intermediário encerra sua jornada de trabalho.

### **3.3. Acolhimento com classificação de risco na emergência do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago**

O protocolo institucional de acolhimento com classificação de risco utilizado atualmente pelo Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago iniciou em 1 agosto de 2011. Anterior a esta data, passou por diversas fases, desde atender sua demanda por ordem de chegada sem a utilização de protocolos de classificação de risco.

Nesta fase, (no ano de 2007) a unidade de emergência adulto do HU UFSC contava com a atuação de estagiários (estudantes do curso de graduação em enfermagem) que eram os responsáveis em realizar a triagem dos pacientes em atendimentos cirúrgicos e clínicos, apenas.

No ano de 2009 a unidade de emergência adulto passou a adotar o acolhimento com classificação de risco proposta pelo Ministério da Saúde (MS). A classificação de risco MS contempla quatro níveis de prioridade, sendo: Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato. Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível. Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente. Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

Após a implantação deste acolhimento o cenário de circulação desordenada do fluxo dos usuários continuava, e o sentimento de ineficiência do acolhimento vivenciada pelos enfermeiros e demais profissionais da unidade era preocupante. Desta realidade, liderado pelo médico diretor da clínica médica e pela Direção Geral da instituição houve a iniciativa de se criar um protocolo de acolhimento institucional que respondesse as questões emergentes que estavam sendo enfrentadas no acolhimento.

A decisão de se criar um protocolo de atendimento com classificação de risco também veio em consonância com a necessidade de cumprir a Portaria Ministerial 1.600, publicada em 07 de julho de 2011 que reformula a Política Nacional de Atendimento às Urgências (BRASIL, 2011).

Sendo assim, a Direção Geral do HU/UFSC lançou em 1 agosto de 2011 um protocolo de avaliação e classificação de risco adaptado com base do Protocolo Internacional *Manchester Triage System*<sup>®</sup> (STM) (ANEXO A).

A partir do dia 1 de agosto de 2011, o usuário que procurasse a emergência do HU, deveria ser acolhido pelo serviço de modo imediato, ter seu risco classificado e ser atendido no tempo estipulado para cada classificação. O serviço de emergência do HU teve que se organizar e estruturar-se para realizar estes atendimentos no tempo estipulado para a época (UFSC, 2011).

O objetivo do acolhimento com classificação de risco do HU UFSC visa identificar e retirar o paciente grave da fila de espera, para que cada paciente seja atendido no tempo certo, no lugar certo e com custo adequado, com qualidade e humanização.

Os organogramas utilizados pelo protocolo institucional foram adaptados para que se tenha uma avaliação profissional e objetiva do risco de cada paciente baseado na realidade da emergência.

O protocolo de acolhimento com classificação de risco do HU está estruturado em níveis de prioridades de acordo com cores, conforme segue: Prioridade 1: Emergente, Cor Vermelha; Tempo Alvo: 0 Minutos; Prioridade 2: Muito Urgente, Cor Laranja; Tempo Alvo: 10 Minutos; Prioridade 3: Urgente, Cor Amarelo; Tempo Alvo: 2 Horas; Prioridade 4: Pouco Urgente, Cor Verde; Tempo Alvo: 6 horas; Prioridade 5: Não Urgente, Cor Azul; Tempo Alvo: 8 horas; Prioridade 0: Procedimentos, Cor Branco; Tempo Alvo: sem Tempo.

Ainda de acordo com o descrito no protocolo institucional, o acolhimento e classificação de risco do HU/UFSC deve ser realizado pelo profissional enfermeiro a cada turno, que deverá realizar a

triagem em até 3 minutos. O protocolo de classificação de risco prevê apenas 3 minutos para a aplicabilidade do protocolo e determinação do nível de prioridade, deixa claro que o acolhimento não é uma pré consulta e não visa o diagnóstico, portanto, justifica-se o tempo reservado de três minutos para sua aplicação (UFSC, 2011).

O profissional que realiza a triagem deve ser um profissional qualificado, sendo que a triagem não deve mais ser realizada por profissionais não qualificados (recepção, segurança, administrativo) como acontecia em algumas situações. O paciente, além de ter seu risco classificado, será acolhido pela enfermeira e pelo setor de emergência. Na ficha de atendimento deverá estar escrito a cor classificada, a queixa principal (fluxograma utilizado) e qual discriminador determinou a classificação (UFSC, 2011).

Atualmente o protocolo institucional disponibiliza 42 fluxogramas, a saber: Asma, Auto-agressão, Cefaleia, Comportamento estranho, Convulsões, Corpo estranho, Diabetes, história de, Diarréia, Dispneia, Doença Hematológica, Doença Mental, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Dor abdominal, Dor Cervical, Dor de Garganta, Dor Lombar, Dor testicular, Dor torácica, Embriagues Aparente, Erupção cutânea, Estado de Inconsciência, Exposição a agentes químicos, Feridas, Gravidez, Hemorragia Digestiva, Hemorragia Vaginal, Mal estar em adulto, Infecções Locais e abscessos, Mordeduras e picadas, Problemas Dentários, Problemas em extremidades, Problemas nasais, Problema nos ouvidos, Problemas Oftalmológicos, Problemas Urinários, Quedas, Queimaduras, Queixas anais, superdosagem e envenenamento, trauma crânio-encefálico, Vertigem e tonturas, Vômitos.

Vale destacar que este protocolo prevê o atendimento prioritário de pessoas idosas (acima de 60 anos) e portadores de necessidades especiais são classificados da mesma forma que qualquer paciente e tem sua cor anotada na ficha. Caso sejam classificados como verdes ou azuis, o protocolo prevê que sejam atendidos como pacientes amarelos automaticamente para atender ao atendimento prioritário.

### **3.4. População e amostra**

A população do estudo foi composta pelas 27.292 fichas de atendimento de pacientes da clínica médica que foram avaliados e classificados de acordo com o protocolo institucional de avaliação e classificação de risco entre 1 Agosto de 2011 a 31 Agosto de 2012.

Para realização do cálculo amostral foi utilizando o *website* SEstatNet<sup>®</sup> e obteve-se a amostra de 380 fichas de atendimento.

O *website* SEstatNet<sup>®</sup> é um programa de domínio público de ensino-aprendizagem de estatística por meio da internet, que disponibiliza, e aplica procedimentos de descrição, estimação, testes de hipóteses e modelos de regressão para variáveis qualitativas e quantitativas. (NASSAR, WRONSKI, 2013).

A amostra deste estudo é não probabilística, com cálculo de intervalo de confiança (IC) de 95%. Construir um IC em torno de uma amostra é estabelecer uma faixa de valores para o valor da população e a probabilidade de acerto. Por convenção, os pesquisadores costumam usar um IC de 95 ou 99% (POLIT, BECK, 2011).

Para compor aleatoriedade da amostra não foi possível utilizar ferramenta computacional devido ao arquivamento das fichas ainda ser realizado de forma manual, sem sequência numérica das fichas, portanto, utilizou-se o método de sorteio simples.

Vale destacar que as fichas de atendimento arquivadas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) separadas por especialidade, guardadas em caixas do tipo arquivo contendo a ordem: dia, mês, ano do atendimento.

Para atingir a amostra de 380 fichas de atendimento, optou-se por sortear aleatoriamente e manualmente 30 fichas de atendimento para os meses pares e 28 fichas para os meses ímpares, exceto no mês de Julho/2012 que houve 30 fichas sorteadas, conforme mostra na Tabela abaixo.

**Tabela 1. Distribuição das fichas de atendimento para composição da amostra de acordo com mês e ano. Florianópolis - SC, 2014.**

Mês/Ano	Nº de Fichas
ago/11	30
set/11	28
out/11	30
nov/11	28
dez/11	30
jan/12	28
fev/12	30
mar/12	28
abr/12	30
mai/12	28
jun/12	30
jul/12	30
ago/12	30
<b>Total</b>	<b>380</b>

Fonte: A autora.

### **3.5 Critérios de Elegibilidade**

#### **3.5.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídas todas as fichas de atendimento da unidade de emergência sorteadas para o estudo, que foram avaliadas segundo a classificação de risco e que posteriormente foram arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística da instituição durante o período de 1 de agosto de 2011 a 31 de agosto de 2012. As fichas de entrada deveriam estar completas, constando a descrição da classificação de risco atribuído ao usuário.

#### **3.5.2 Critérios de Exclusão**

Foram excluídas todas as fichas de atendimento da unidade de emergência que não tinham sido avaliadas e que estavam incompletas referente à descrição do nível de classificação de risco atribuído ao usuário, bem como as fichas utilizadas no pré teste do estudo.

### 3.6. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador com o auxílio de um colaborador previamente capacitado. A coleta ocorreu nos meses de Outubro a Dezembro de 2013.

Para a coleta de dados construiu-se um instrumento de coleta de dados (Apêndice A), fechado do tipo *check-list*, com perguntas referente à diversas variáveis descritas a seguir.

A fim de identificar a necessidade de ajustes no formulário de coleta de dados, foi realizado um pré-teste com 20 fichas de atendimento, escolhidas aleatórias e posteriormente excluídas, transcritas para o formulário de coleta de dados e banco de dados específico construído para exportação. O pré-teste é um ensaio destinado a determinar se o instrumento é útil e capaz de gerar as informações desejadas (POLIT, BECK, 2011).

Após a aplicação do pré-teste identificou-se a necessidade de realizar alterações no um instrumento de coleta de dados que estava sendo testado. Houve a inclusão de um campo para digitação ao lado das variáveis a fim de facilitar a digitação do instrumento para o banco de dados. Houve uma mudança estrutural no instrumento atribuindo campo para respostas como Não se aplica e Ignorado. Houve a inclusão da categoria Glicemia Capilar que não estava no primeiro instrumento de coleta de dados.

Após finalização do instrumento de coleta de dados e realização da coleta de dados, os dados contidos no instrumento foram lançados em uma planilha construída especificamente para o arquivamento dessas informações utilizando o programa *Excel*<sup>®</sup> da *Microsoft*<sup>®</sup> versão 2011 14.0.0.

Para a análise de dados foi utilizado o programa R 3.0.1. O programa R é um ambiente para computação estatística e gráficos, trata-se de um *software* livre, de domínio público, onde qualquer pessoa pode ser usuário a partir do *download* do programa através do ambiente virtual (R CORE TEAM, 2014).

### 3.6.1. Procedimento para reclassificação

Primeiramente, realizou-se uma análise da qualidade das fichas de atendimento. Para tanto, foram consideradas as informações necessárias para realizar a reclassificação de risco descrita pelo protocolo institucional: queixa principal, fluxograma e discriminador utilizado, e risco atribuído pelo enfermeiro classificador.

A partir da conferência dos itens acima citados, iniciou-se a etapa da reclassificação do risco. A partir da queixa do usuário registrada pelo enfermeiro classificador associado aos registros de início, tipo e intensidade dos sintomas, queixa principal, história progressiva, terapia medicamentosa e sinais vitais que foram vistos foi possível que o enfermeiro classificador determinasse o nível de prioridade do usuário.

Na reclassificação proposta pela pesquisa, houve a aplicação do mesmo fluxograma escolhido pelo enfermeiro classificador, de acordo com os itens descritos no fluxograma e registros existentes da queixa foi possível identificar se a classificação (obtenção do nível de prioridade) feita no momento do acolhimento foi a mesma obtida no momento da reclassificação, ou se o fluxograma utilizado para a obtenção do nível de prioridade estava em desacordo com a queixa apresentada.

A reclassificação do paciente foi transcrita para um instrumento próprio construído para este fim como citado anteriormente (Apêndice A), tendo um banco de dados construído a partir dos elementos deste instrumento. Posteriormente procedeu-se a etapa de processamento e análise de dados, conforme segue.

## 3.7. Variáveis

As variáveis são caracterizadas como variáveis demográficas, e variáveis relacionadas ao protocolo institucional de acolhimento com classificação de risco. A variável Sinal Vital abrange os itens Oximetria de Pulso e Glicemia Capilar para facilitar a construção da análise dos dados embora não sejam considerados como sinais vitais pela literatura científica.

### 3.7.1 Variáveis demográficas

**Idade** (quantitativa discreta): constitui o período de vida calculada com base na data de nascimento. O dado foi obtido através do cadastro do usuário na ficha de atendimento.

### 3.7.2 Variáveis relacionadas ao protocolo institucional de acolhimento com classificação de risco

**Registro do Enfermeiro classificador** (qualitativa nominal): considera se há o nome do profissional enfermeiro que realizou a classificação de risco. O dado foi obtido através da identificação do enfermeiro classificador na ficha de atendimento.

**Acometimento Principal** (qualitativa nominal): considera qual a queixa principal do usuário de acordo com os sistemas orgânicos. Obtidos através da queixa principal do usuário.

**Início dos sintomas** (qualitativa nominal): considera se houve a descrição do início dos sintomas, considerando as seguintes categorias: horas, dias, semanas, meses, anos, não se aplica ou ignorado. Dado obtido através da identificação da informação na ficha de atendimento.

**Intensidade dos sintomas** (qualitativa nominal): considera se houve a descrição da intensidade dos sintomas, considerando as seguintes categorias: leve, moderado, não se aplica ou ignorado. Dado obtido através da identificação da informação na ficha de atendimento.

**Registros escassos** (qualitativa nominal): considera se há descrição do enfermeiro classificador, hora da classificação, se há o registro do início e intensidade dos sintomas. Dado obtido através da presença ou ausência destas informações contidas na ficha de atendimento.

**Registro da dor** (qualitativa nominal): considera se há informação sobre a dor do paciente, considerando a categoria do uso de escala para avaliação da dor. Dado obtido através da informação da ficha de atendimento.

**Medicação usual** (qualitativa nominal): considera se há informação referente a algum fármaco industrializado utilizado pelo usuário. Dado obtido através da informação da ficha do paciente.

**Sinais Vitais** (qualitativa nominal): considera se houve a verificação dos sinais vitais no momento do acolhimento. Dado obtido através do registro na ficha de atendimento, considerando as seguintes categorias Pressão Arterial, Frequência Cardíaca, Temperatura axilar, Oximetria de pulso, Frequência respiratória, Glicemia capilar.

**Fluxograma atribuído pelo enfermeiro** (quantitativa contínua): considera qual o número do fluxograma do protocolo de acolhimento que o enfermeiro classificador atribuiu a sua queixa. Dado obtido através do registro na ficha de atendimento.

**Classificação do enfermeiro** (qualitativa nominal): considera qual a cor de prioridade de atendimento atribuído pelo enfermeiro



classificador no momento do acolhimento, considera as seguintes categorias: azul, verde, amarelo, laranja, vermelho e branco. Dado obtido através do registro na ficha de atendimento.

**Fluxograma Reclassificado** (quantitativa contínua): considera qual o número do fluxograma do protocolo de acolhimento que fora atribuído após a reavaliação da queixa e reaplicação do protocolo de acolhimento. Dado obtido através do registro na ficha de atendimento.

**Reclassificação do enfermeiro** (qualitativa nominal): considera qual a cor de prioridade de atendimento atribuído após a reclassificação da queixa e reaplicação do protocolo de acolhimento, considera as seguintes categorias: azul, verde, amarelo, laranja, vermelho e branco. Dado obtido através do registro na ficha de atendimento.

### 3.8. Processamento e análise dos dados

Os dados coletados foram inseridos em arquivo no programa *Excel*<sup>®</sup> da *Microsoft*<sup>®</sup>, distribuídos em uma planilha que compuseram o banco de dados, e a seguir foram exportados para o *software* estatístico R.

O software R é um ambiente para computação estatística e gráficos. Trata-se de um software livre que fornece uma ampla variedade de modelagem linear e não linear, testes estatísticos clássicos e técnicas gráficas. A linguagem utilizada pelo sistema é considerada simples, o que o faz um veículo de escolha para a pesquisa em metodologia estatística (R- CORE TEAM,2014).

Para a realização dos testes foi efetuado inicialmente, análises através da exploração descritiva do total de respostas obtidas no instrumento de pesquisa, percentuais, medidas de tendência central (médias) (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

A análise estatística empregada para verificar a acurácia entre a classificação atribuída ao enfermeiro avaliador e a reclassificação proposta pela presente pesquisa, foi realizada através do coeficiente de concordância de *Kappa* (*Kappa de Cohen*) (COHEN, 1960).

Essa análise é utilizada para medir o acordo entre dois avaliadores, cujo interesse é aceitar a hipótese alternativa (isto é, que avaliação é diferente entre os avaliadores), sendo demonstrada por um valor de *Kappa* excedendo determinado limite, tipicamente 0,3.

Portanto, tal análise realiza o teste de hipótese e calcula os intervalos de confiança. Para essa análise de concordância foi adotado nível de significância de  $p \leq 0,05$  e valor limite para a hipótese nula (isto é, que a avaliação é igual entre os avaliadores) de 0,04.

### 3.9. Aspectos Éticos da Pesquisa

Durante o processo de coleta e utilização dos dados foram assegurados os aspectos éticos, que garantiram a impessoalidade e sigilo da identidade. Este estudo seguiu a nova resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012) (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Protocolo nº 355.461/2013) (Anexo B).

Os riscos deste estudo foram descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Além dos termos propostos na resolução 466/2012, os dados brutos foram transcritos em planilhas *Excel*<sup>®</sup> apenas com o código identificador do número da ficha sorteada, seguindo o instrumento de coleta de dados, garantindo maior sigilo e impessoalidade.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Conforme deliberado no art. 50º, parágrafo único do regimento do Curso de Mestrado Profissional associado à Residência Multidisciplinar em Saúde, o capítulo de apresentação e discussão dos resultados de pesquisa será apresentado na forma de um manuscrito.

## 4.1 Manuscrito:

### AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ACURÁCIA DE ENFERMEIROS<sup>1</sup>

Kátia Cilene Bertoncello<sup>2</sup>

Luciana Bihain Hagemann<sup>3</sup>

#### RESUMO

Objetivou-se determinar a acurácia da classificação de risco feita por enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar, pela concordância entre a avaliação do enfermeiro classificador e reclassificação feita posteriormente utilizado o protocolo institucional de acolhimento com classificação de risco, e avaliar também os registros de enfermagem utilizados pelos enfermeiros durante a classificação de risco. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e retrospectivo realizado entre Outubro e Dezembro de 2013, em um hospital escola do sul do Brasil. Foram realizadas 380 reclassificações de risco seguindo o protocolo institucional. Foram identificadas fragilidades no tangente aos registros feitos pelos enfermeiros da classificação de risco, bem como na escassez de dados. Observou-se que a acurácia da classificação de risco institucional é excelente através do coeficiente de concordância de *Kappa*. Obteve-se um valor de *Kappa* de Cohen de 0,786, com intervalo de confiança de 95% entre 0,732 e 0,840 com valor de hipótese nula de 0,042 (isto é, menor que o limite estimado de 0,4). Assim, sugere excelente acordo entre a avaliação e a reavaliação, não se diferindo, portanto. De um modo geral o protocolo de classificação de risco institucional mostrou-se confiável para determinação dos níveis de prioridade.

**Descritores:** Registros de Enfermagem; Acolhimento; Serviços Médicos de Emergência; Precisão da medição dimensional.

---

<sup>1</sup> Recorte da Dissertação de Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, da Enfermeira Luciana Bihain Hagemann orientado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kátia Cilene Godinho Bertoncello

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Adjunta II, do Departamento de Enfermagem da UFSC. Coordenadora do Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina Catarina - Brasil. Email: [kbertoncello@yahoo.com.br](mailto:kbertoncello@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Urgência e Emergência. Enfermeira Assistencial da unidade de emergência adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Email: [lucianahagemann@gmail.com](mailto:lucianahagemann@gmail.com)

## Introdução

Os serviços de urgência e emergência constituem importante porta de entrada dos serviços de saúde em nosso país. O cenário de superlotação destes locais e desorganização é realidade comumente enfrentada por usuários, profissionais e gestores do sistema único de saúde (SUS).

Em resposta para cenários de desordem e superlotação nos pronto- atendimentos diversas iniciativas no campo da humanização dos cuidados foram tomadas. No Brasil, o Ministério da Saúde definiu políticas específicas para a área, tais como a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) de 2003, que apresentou o Acolhimento com Classificação de Risco como dispositivo para qualificar as portas de entrada dos serviços de urgência e emergência. (BRASIL, 2004).

Existem vários protocolos e sistemas para realizar a classificação de risco no mundo. Entre as escalas de triagem mais utilizadas internacionalmente destacam-se quatro: a escala australiana (*Australian Triage Scale -ATS*<sup>®</sup>); a escala canadense (*Canadian Triage and Acuity Scale -CTAS*<sup>®</sup>); a escala americana (*Emergency Severity Index -ESI*<sup>®</sup>) e o Protocolo de Manchester (*Manchester Triage System -MTS*<sup>®</sup>) (PIRES, 2003; GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2014).

In lócus regional, tratamos do protocolo institucional utilizado pelo Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU UFSC) para o acolhimento e classificação de risco, implantado de 01 agosto de 2011 e vigente até os dias atuais. Trata-se de um protocolo de avaliação e classificação de risco, baseado no protocolo internacional *Manchester Triage System*<sup>®</sup> (STM).

A avaliação e classificação risco realizada no HU UFSC é feito por Enfermeiros, e está dividido nos seguintes níveis: Prioridade 1: Emergente, Cor Vermelha; Tempo Alvo: 0 Minutos; Prioridade 2: Muito Urgente, Cor Laranja; Tempo Alvo: 10 Minutos; Prioridade 3: Urgente, Cor Amarelo; Tempo Alvo: 2 Horas; Prioridade 4: Pouco Urgente, Cor Verde; Tempo Alvo: 6 horas; Prioridade 5: Não Urgente, Cor Azul; Tempo Alvo: 8 horas; Prioridade 0: Procedimentos, Cor Branco; Tempo Alvo: sem Tempo. (UFSC, 2011).

Para a área de enfermagem, estudos de acurácia vêm sendo desenvolvidos nos últimos anos baseados em pesquisas voltadas à prática clínica associado às intensas publicações da prática integradas com o advento da prática baseada em evidências. Entretanto, ainda há

dificuldade para encontrar literaturas recentes na perspectiva da acurácia da classificação de risco.

Para LUNNEY (2003) realizar estudos de acurácia são tarefas desafiadoras para Enfermeiros, mas que devem ser incentivados uma vez que estes estudos fornecem base para respostas bem sucedidas para as intervenções de enfermagem.

Para LUNNEY, KARLIK, KISS, MURPHY (1997) os enfermeiros estão continuamente interpretando as respostas dos indivíduos, mas em geral não consideram a acurácia de tais interpretações.

Sendo assim, ao aplicar o conceito de acurácia nesse estudo, objetivou analisar o quão acurado é o julgamento do profissional enfermeiro com relação à classificação de risco realizada por esse profissional que utiliza um protocolo institucional que nunca sofrera nenhum tipo de avaliação desde sua implantação.

Nessa perspectiva interrogou-se: *qual a acurácia dos enfermeiros na unidade de emergência, de um hospital universitário, no que se refere à aplicação e avaliação da classificação de risco, realizada há aproximadamente três anos, através do seu protocolo Institucional?* Para responder ao questionamento foram traçados os seguintes objetivos: determinar a acurácia dos enfermeiros da unidade de emergência adulto, no resultado dos níveis de classificação de risco, pela concordância entre os classificadores e o protocolo institucional, e avaliar através os registros arquivados, para a classificação de risco, realizados pelos enfermeiros da unidade de emergência adulto, no período de 1º agosto de 2011 a 31 agosto de 2012, a aplicação do protocolo utilizado pelo do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC).

Destaca-se a relevância da realização desta investigação para identificar os possíveis desajustes relativos a concordância da classificação de risco e dos registros de enfermagem utilizados para tal. Espera-se com os resultados encontrados favorecer na divulgação de estudos de acurácia na classificação de risco e contribuir para a instituição ao avaliar um protocolo implantado e nunca avaliado de forma sistemática.

## **Método**

Trata-se de um estudo quantitativo transversal e retrospectivo realizado na unidade de emergência adulto de um hospital universitário do sul do Brasil. A coleta dos dados ocorreu nos meses de Outubro a

Dezembro de 2013. A amostra deste estudo é do tipo não probabilística, com cálculo de intervalo de confiança (IC) de 95% de 380 fichas de atendimento com classificação de risco. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Protocolo nº 355.461/13), seguindo as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Foram reclassificadas 380 fichas de atendimento com acolhimento e classificação de risco baseado na queixa registrada pelo enfermeiro classificador. A próxima etapa foi constituir um banco de dados próprio especificamente construído para o arquivamento dessas informações.

Para análise de dados da concordância entre a avaliação e classificação inicial da queixa e posterior reclassificação de risco, utilizou-se o coeficiente *Kappa* para identificar o acordo entre as variáveis. Os dados foram analisados utilizando o programa estatístico R 3.0.1 (R CORE TEAM, 2014).

## **Resultados**

Os resultados foram organizados de maneira a demonstrar a análise dos registros utilizados para a classificação de risco, identificar as divergências contidas na avaliação realizada pelos enfermeiros, e determinar a acurácia dos enfermeiros através da concordância entre os enfermeiros classificadores e o protocolo institucional para a classificação de risco.

De acordo com os dados analisados para a descrição da qualidade das fichas de atendimento nota-se que das 380 fichas de atendimento, 110 apresentaram a identificação do enfermeiro classificador (28,95%). Conforme Gráfico 1 abaixo.

**Gráfico 1. Distribuição dos registros com identificação do Enfermeiro classificador conforme levantamento das 380 fichas de atendimento de atendimento com avaliação e classificação de risco, Florianópolis-SC, 2014.**



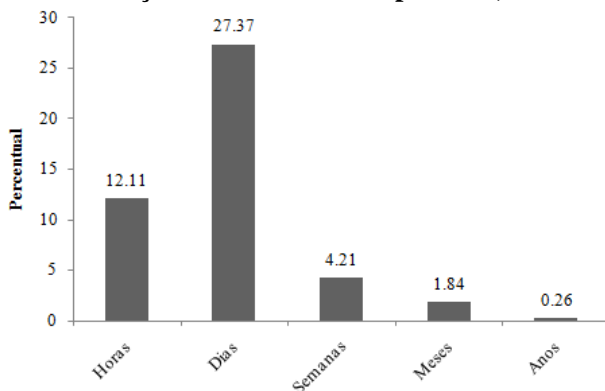
Fonte: Autora, 2014.

No que tange dados escassos, verificou-se que houve aproximadamente  $\frac{3}{4}$  de dados considerados escassos a respeito dos registros (N=278; 73,15%), sendo, portanto, que em apenas 26,84% dos casos (N=102) os dados foram considerados totalmente completos.

De acordo com os dados levantados, das 380 fichas de atendimento (100%) cerca de metade dos pacientes (N=173; 45,52%) tiveram avaliação quanto ao início dos sintomas. Desses, nota-se, conforme a Gráfico 2 abaixo, que na maioria dos casos o início dos sintomas estava concentrado em um período de Horas (N=46; 12,11%) ou Dias (N=104; 27,37%).



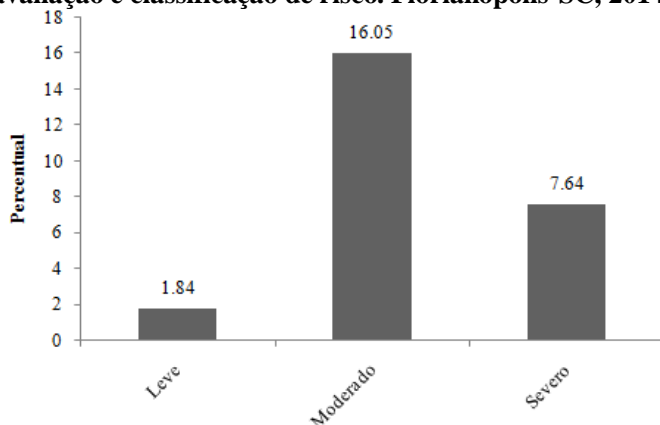
**Gráfico 2. Distribuição do registro do início dos sintomas conforme levantamento das 380 fichas de atendimento com avaliação e classificação de risco. Florianópolis-SC, 2014.**



A partir da análise geral dos dados levantados (N=380 100%) referentes à avaliação da intensidade dos sintomas, verificou-se que ela foi registrada em pouco mais de ¼ dos casos (N=97; 25,52%).

Nesse sentido, de acordo com o exposto no Gráfico 3 abaixo, dos registros de intensidade encontrados, a maioria apresentava sintomas Moderados (N=61; 16,05%), seguidos dos casos de sintomas severos (N=29; 7,64%) e sintomas Leves com 1,84% dos casos (N=7).

**Gráfico 3. Distribuição do registro de intensidade dos sintomas conforme levantamento das 380 fichas de atendimento com avaliação e classificação de risco. Florianópolis-SC, 2014.**



Em relação à análise dos registros de dor, verificou-se que este registro foi presente nas fichas de atendimento em 63,42% dos casos (N=241), sendo que em 36,57% dos casos (N=139) essa informação foi ausente.

Dos casos que tiveram levantamento positivo (N=241 63,42%) foi usada a escala de dor em 18,67% (N=45), e não o sendo em 81,32% dos casos (N=196).

As fichas de atendimento que continham a verificação de algum tipo de sinal vital foram prevalentes. O registro dos sinais vitais nas fichas de atendimento estiveram presentes em 82,89% (N=315). Dos sinais vitais mais verificados destaca-se a Frequência cardíaca (FC) presente em 58,42% (N=222) e a Pressão Arterial (PA) registrada em 56,32% (N=214)

### **Classificação, reclassificação e coeficiente de *Kappa* para Acurácia**

A acurácia dos enfermeiros para a realização da classificação de risco foi obtida através da análise da concordância entre a classificação realizada pelos enfermeiros classificadores e o protocolo institucional determinada pelo coeficiente *Kappa* e foi classificada como excelente.

Os dados abaixo descritos na Tabela 2 trazem um panorama geral da concordância entre os enfermeiros classificadores e o protocolo institucional. Pode-se observar que em nenhum dos níveis de classificação obteve-se a concordância ou discordância total nas classificações de risco entre os enfermeiros classificadores e o protocolo institucional.

Observou-se que em 331 casos (87,10%) a avaliação e a reavaliação foram iguais. Entretanto, pode-se observar que em 5,53% dos casos (N=21) em que a avaliação inicial foi definida pelo enfermeiro avaliador como “Verde” na reclassificação tornou-se “Azul”. Em 3,95% dos casos (N=15) a reclassificação passou de “Amarelo” para “Verde” e em 1,58% dos casos (N=6) de “Amarelo” para “Laranja”. Em 0,53% dos casos (N=2) houve reclassificação de “Laranja” para “Amarelo”, e, em 1,32% dos casos (N=5) ocorreu a reclassificação de “Verde” para “Amarelo”.

**Tabela 2. Índices de concordância entre enfermeiros classificadores e o protocolo institucional na classificação de risco. Florianópolis-SC, 2014.**

	Reavaliação →						Total avaliação
	Azul	Verde	Amarelo	Laranja	Vermelho	Branco	
Avaliação ↓	Azul	2 (0.53%) 21	- (-) 130	- (-)	- (-)	- (-)	2 (1%)
	Verde	(5.53%)	(34.21%)	5 (1.32%) 170	- (-)	- (-)	156 (41%)
	Amarelo	- (-)	15 (3.95%)	(44.74%)	6 (1.58%) 27	- (-)	191 (49%)
	Laranja	- (-)	- (-)	2 (0.53%)	(7.11%)	- (-)	29 (8%)
	Vermelho	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	2 (0.53%)	2 (1%)
	Branco	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)
Total reavaliação	23 (6)	145 (38)	177 (46)	33 (9)	2 (1)	- (-)	100%

Quando avaliada a acurácia entre a avaliação e a reavaliação posterior, obteve-se um valor de *Kappa de Cohen* de 0,786, com intervalo de confiança de 95% entre 0,732 e 0,840.

O valor do teste de hipótese foi estatisticamente significativo [ $Z=9,19$ ;  $p<0,01$ ] e com erro padrão associado à hipótese nula de 0,042. Portanto, nessas condições, se aceita a hipótese nula (isto é, de que as avaliações são iguais), assim como, de acordo com FLEISS (1971) e sua escala de avaliação para *Kappa*, a concordância é excelente pelo *Kappa* obtido.

## Discussão

### A qualidade dos registros dos dados

Nesse estudo observa-se que a maioria das fichas de atendimento analisadas não contém o registro do enfermeiro classificador (N=270 71,05%) e que uma grande parcela dos dados foram considerados dados escassos (N=278 73,15%).

É importante destacar, que os dados coletados pelo enfermeiro no momento da avaliação com classificação de risco são determinantes para a obtenção do grau de risco do usuário naquele momento.

Os registros de enfermagem, quando são escassos e inadequados, comprometem a assistência prestada ao paciente, bem como à instituição e à equipe de enfermagem. Há um comprometimento da segurança e do cuidado ao paciente, dificultando a mensuração dos resultados assistenciais advindos da prática do enfermeiro (FRANÇOLIN et. al, 2012).

O protocolo institucional da classificação de risco do HU UFSC preconiza que tenha o registro (nome do profissional) que está realizando a classificação de risco juntamente com a data e horário da classificação. Este estudo considerou dados escassos a ausência do registro (nome) do enfermeiro classificador, ausência da descrição do início e intensidade dos sintomas.

De acordo com Souza (*et al*, 2011), a avaliação completa da queixa principal eleva o nível de prioridade atribuído ao paciente, reforçando a importância da habilidade e competência do enfermeiro para a avaliação e descrição correta e completa da queixa principal apresentada pelo paciente, no momento do acolhimento, com classificação de risco.

Para o enfermeiro que atua na classificação de risco são muitos os fatores que podem dificultar o registro adequado, por exemplo, em algumas situações de classificação vermelha ou laranja, na iminência de destinar o usuário ao atendimento imediato esquece-se de concluir o registro, ou ainda, o sentimento de não valorização dos registros de enfermagem da classificação de risco faz que com que este registro seja incompleto na ficha de atendimento.

Na classificação de risco realizada no HU UFSC, esta atividade ainda ocorre de forma manual na ficha de atendimento, com um campo pequeno para a descrição da queixa e determinação dos fluxogramas. Este fato da própria ficha de atendimento não conter espaço adequado para que o enfermeiro classificador possa descrever todos os passos seguidos no protocolo pode contribuir para a escassez de dados encontrada e falta de registro do enfermeiro classificador.

De acordo com Santos, Paula, Lima (2003), infelizmente, apesar de todo o avanço tecnológico, ainda existem inúmeras instituições de saúde que utilizam o método de registro manual. Observa-se, portanto, a prática de uma enfermagem que evoluiu em termos de conhecimentos técnico-científicos, mas enfrenta um grande desafio, a manutenção dos registros manuais.

Os registros feito pelo enfermeiro da classificação de risco quando incompletos ou inexistentes dificultam a leitura e compreensão das informações que estão sendo processadas no momento do

acolhimento. A aplicabilidade do protocolo de acolhimento do HU UFSC solicita que o enfermeiro classificador descreva qual fluxograma e nível de prioridade está utilizando, entretanto quando observado a ausência destes dados importantes pode haver um sério comprometimento da qualidade desta classificação.

Lima e Erdmann (2006), em estudo para a implantação do processo de acreditação hospitalar de um hospital de urgência, constataram que os registros de enfermagem em unidades de urgência são deficientes. Tais achados vêm confirmar o resultado encontrado neste estudo de que apenas (N=110 fichas 28,95%) dos registros dos enfermeiros classificadores estavam presentes nas fichas de atendimento.

Nesse sentido, Schout, Novaes (2007) afirmam que uma das formas de se facilitar a gestão da informação, neste caso, dos registros dos enfermeiros, seria com a padronização de instrumentos semi-estruturados que facilitassem o trabalho dos profissionais da unidade de urgência.

Vale destacar que no setor de emergência adulto onde é feita a classificação de risco ainda não existe um instrumento próprio destinado a realização da classificação de risco, bem como o espaço para realização de tal tarefa é inadequado, dessa forma, segundo os autores supracitados pode-se atribuir também à este fato a má qualidade nos registros dos dados encontrados na pesquisa estarem relacionados à inexistência de um instrumento adequado.

Analisando esses dados considerados fundamentais para a classificação de risco, verificou-se que o registro do início dos sintomas está presente em quase metade das fichas de atendimento (N=173; 45,42%), e que se concentra em queixas que iniciaram há Dias (N=104; 27,37%) ou Horas (N=46; 12,11%). A intensidade dos sintomas foi registrada em pequena quantidade (N=97; 25,52%).

Conhecer o início e a intensidade dos sintomas apresentados pelos usuários no momento da avaliação com classificação de risco é importante, pois norteia o enfermeiro a seguir os discriminadores dos fluxogramas do protocolo de atendimento, e está diretamente ligado ao tempo de espera para o atendimento médico bem como na diferenciação entre casos crônicos, agudos e crônicos agudizados.

Por exemplo, se um usuário queixa de Cefaléia, se a queixa for um problema recente ele terá sua classificação como verde – (Pouco urgente) do contrário será classificado como azul (Não urgente) e orientado a procura a unidade de saúde para tratamento da referida queixa.

Quanto aos achados deste estudo, o início dos sintomas mais prevalentes apresentarem-se em dias ou horas, portanto infere-se que a maioria dos usuários atendidos procuram a unidade de emergência frente algum fenômeno doloroso recente.

Podemos concluir que as queixas crônicas ainda seguem a rede de atenção a saúde correta (unidade básica de saúde ou Unidades de Pronto Atendimento), uma vez que não estão presentes no estudo o início dos sintomas apresentados por meses e anos, por exemplo.

Quanto a intensidade do sintoma ele é fundamental para a determinação do nível de prioridade. Por exemplo, seguindo o mesmo exemplo de um usuário apresentar-se com Cefaléia, se a dor referida se tratar de Dor moderada o mesmo terá sua queixa determinada cor Amarela (Urgente) e se a dor for referida como severa, terá a queixa classificada com a cor Laranja (Muito urgente). A não quantificação da intensidade da queixa pode contribuir com uma subclassificação do usuário que procura o atendimento médico.

Quando o enfermeiro do acolhimento deixa de registrar o início e intensidade dos sintomas ele deixa de diferenciar os casos agudos dos crônicos e os sintomas intermitentes dos que se apresentam contínuos. O protocolo institucional do HU UFSC considera imprescindível, para todos os níveis de classificação, a avaliação da intensidade dos sintomas apresentados pelo usuário, sendo assim, fica evidente a importância de conhecer tais informações, pois elas repercutem diretamente no grau de risco atribuído ao usuário em todas as cores da classificação.

Este estudo observou também que o registro da dor nas fichas de atendimento esteve presente na maioria das avaliações, entretanto apenas uma pequena parcela dos registros de dor baseou-se na utilização de escala para mensurá-la.

Para os profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência é consenso encontrar usuários que buscam de atendimento médico devido a dor. Ela é um valioso sintoma que está presente na investigação diagnóstica do usuário.

Em termos de conceitos, a dor é definida pela Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos” (PEDROSO, CELICH, 2006).

O fenômeno doloroso vem sendo amplamente estudado nas últimas décadas, principalmente após a publicação da “Dor como o quinto sinal vital” pelo Presidente da Sociedade Americana de Dor - *American Pain Society*, James Campbell. Para este autor, é tão importante a avaliação dor tanto quanto os outros quatro sinais vitais,

pressão arterial, temperatura, frequências respiratória e cardíaca (FONTES, JAQUES, 2007).

Apesar da dor não ser considerada pelo protocolo institucional do HU UFSC como um dado vital, ela é uma variável que deve ser avaliada em todas as cores da classificação de risco, sendo o seu registro de intensidade diretamente ligado à determinação da classificação de risco do usuário.

O protocolo institucional referido determina que a dor seja avaliada baseando-se na sua intensidade e também avaliando critérios como idade (idosos são mais suscetíveis à dor), ansiedade, fatores culturais, etc.

A dor registrada, por exemplo, como dor severa no momento da avaliação e classificação de risco, classifica o paciente como laranja (Muito Urgente – atendimento em 10 minutos) e a dor moderada classifica o paciente como amarelo (Urgente- atendimento em até duas horas); a dor leve classifica o paciente como verde (Pouco Urgente- atendimento em até 6 horas).

O protocolo traz como instrumento de avaliação da dor a Régua da dor. Trata-se de uma escala numérica, sendo que seu início é 1(sem dor) até 10(a pior dor já sentida) (UFSC, 2011).

Para aferição da intensidade dolorosa, têm sido recomendadas a utilização de escalas numéricas. As escalas numéricas são graduadas de zero a dez, onde zero significa ausência de dor e dez significa a pior dor imaginável. Apesar de simples, essa escala é muito utilizada, pois apresenta como vantagem a facilidade do uso, necessitando apenas de um pouco de cooperação do paciente, pois é de fácil compreensão (CALIL, PIMENTA 2005).

Sobre as escalas unidimensionais, pode-se afirmar que estes instrumentos apenas quantificam a severidade ou a intensidade da dor e são usados em contextos clínicos para obter informações rápidas, não invasivas. São especialmente úteis para mensurar a dor aguda (OLIVEIRA, BARRETO, SILVA, 2012).

Neste estudo, verificou-se que a utilização de escala numérica para avaliação da dor no momento da classificação de risco foi de apenas 18,67% (N=45), frente à grande quantidade de pessoas que procuram o serviço de urgência e emergência do HU UFSC com algum tipo de dor (a informação de dor esteve presente 63,42% dos casos N=241) é necessário que os enfermeiros estejam preparados para aplicar a avaliação de dor a fim de atribuir um nível de prioridade de acordo com o solicitado pelo protocolo institucional.

A dor como quinto sinal vital gera mudanças em toda equipe multidisciplinar, bem como na própria organização de saúde, exigindo elaboração de protocolos de avaliação e manejo da dor crônica e aguda, bem como a utilização de escalas de mensuração. Ocorre que, em várias instituições de saúde, muitos profissionais de enfermagem ainda desconhecem tais instrumentos de mensuração (FONTES, JAQUES, 2007).

Ainda de acordo com RIBEIRO et. al (2011), a avaliação da dor no serviço de emergência é muito importante, devendo fazer parte do atendimento a qualquer paciente, entretanto, por ser um fenômeno subjetivo, com frequência há dificuldade em sua avaliação.

Outro achado deste estudo foi o registro dos sinais vitais presentes na maioria das fichas de atendimento (82,89%; N=315). Dos sinais vitais mais verificados destaca-se a Frequência cardíaca (FC) presente em 58,42% (N=222) e a Pressão Arterial (PA) registrada em 56,32% (N=214).

É importante destacar que o protocolo institucional HU UFSC não exige a verificação dos sinais vitais para todas as queixas que são acolhidas e classificadas. A verificação dos sinais vitais é feita de acordo com o fluxograma que exija que algum sinal vital seja visto para determinar a classificação.

Por exemplo, no fluxograma de cefaléia é solicitado que seja verificado apenas a temperatura axilar ou auricular, sendo que para temperaturas axilares com valor entre 38,5°C a 40°C ou Temperatura auricular entre 38,5°C a 41°C é classificado o paciente em Amarelo – Urgente- até 2 horas para atendimento e pacientes subfebris com temperaturas axilares e auriculares com valor de 37,5°C a 38,5°C são classificados como Verde – Pouco Urgente- até 6 horas para atendimento médico.

Os achados deste estudo verificou a presença dos sinais vitais estarem sendo vistos durante o acolhimento, o que pode ser produto da incerteza na aplicação do protocolo por parte do enfermeiro classificador.

Para sua maior segurança na escolha do nível de prioridade, ele verifica a Pressão Arterial e a Frequência cardíaca, por exemplo, sem que o fluxograma em que está contida a queixa solicite.

Outra hipótese para este achado é que durante a classificação de risco para determinação do nível de prioridade, o enfermeiro classificador baseado na sua avaliação e experiência clínica, considera necessária a complementação da queixa com alguma aferição de sinal vital.



Considerando que os registros dos sinais vitais achados neste estudo não foram verificados de acordo com o fluxograma do protocolo institucional para saber se era exigido a sua aferição, julga-se necessária a realização de outros estudos que investiguem os motivos pelos quais estes profissionais estão realizando com frequência o registro dos dados vitais fora do preconizado pelo protocolo institucional.

### **Classificação, reclassificação e coeficiente de Kappa para Acurácia**

O cálculo estatístico para análise de concordância da classificação de risco entre a avaliação e a reavaliação das fichas de atendimento obteve um coeficiente *kappa* de 0,786, com intervalo de confiança de 95% entre 0,732 e 0,840. Seguindo a concordância para *kappa* proposta por FLEISS (1971): concordância em Pobre (*Kappa* varia de -1 a 0,3) Justa (*Kappa* varia de 0,4 a 0,6) e Excelente (*Kappa* varia de 0,7 a 1) podemos concluir que a acurácia dos enfermeiros da classificação de risco do HU UFSC é excelente.

Quanto aos erros de classificação, destaca-se que do total de erros encontrados (N=49; 100%) mais da metade (N=38; 77,55%) dos erros de classificação dos usuários foram para “menos”, ou seja, poderiam ter sido classificados em níveis menores de prioridade do que foram atendidos (21 classificações de verde passaram para azul, 15 classificações amarelas passaram para verde, 2 classificações Laranja passaram para Amarelo).

Este achado demonstra que houve uma superestimação da classificação de risco feita pelo enfermeiro no momento da classificação de risco.

A classificação na cor Vermelho, segundo o protocolo do HU UFSC, é considerada Emergente, como nos casos de usuários que apresentam comprometimento de vias aéreas, estados de choques, crises convulsivas, respiração inadequada e que são imediatamente atendidos, não aguardam pela consulta médica, são encaminhados diretamente para a sala de Reanimação.

Para o nível de classificação representado pela cor Vermelho não houve discordância entre a avaliação e a reavaliação dos casos. Isto representa que no nível mais prioritário do protocolo, os usuários foram classificados em um mesmo nível de gravidade em relação ao que ele apresentava no momento da classificação.

A classificação na cor Laranja, segundo o protocolo do HU UFSC, é considerada muito urgente, como situações de dor intensa,

alteração de consciência, hemorragias. O paciente classificado como laranja aguarda atendimento em até 10 (dez) minutos.

Para o nível de classificação representado pela cor Laranja, houve discordância entre a avaliação e a reavaliação em apenas dois casos (N=2; 0,53%), porém para classificações menos prioritárias (classificados como amarelos na reavaliação). Sendo assim, nota-se que para os níveis de classificação mais prioritários do protocolo (Vermelho e Laranja) os erros são quase inexistentes, e quando cometidos demonstram que o risco atribuído foi maior que o risco real apresentado pelo usuário no momento da avaliação.

A classificação na cor Amarelo, segundo o protocolo do HU UFSC, é considerada urgente, como nas situações de adulto febril, dor moderada, história de inconsciência. O tempo alvo previsto para o atendimento dos usuários classificados neste nível é de até 2 Horas.

Para o nível de classificação Amarelo, houve discordância entre a avaliação e reavaliação em apenas 10% dos casos (N=21), sendo que a maioria (N=15; 71,42%) deveria ter sido classificada para protocolo de menor prioridade, (reclassificadas como Verde na reavaliação). Nota-se que a favor da classificação de risco, o risco atribuído foi maior que o risco real apresentado.

No caso das reavaliações Amarelas que deveriam ter sido classificadas como Laranja (N=6; 1,58%) embora tenha sido minoria, representa um erro grave, uma vez que a prioridade Laranja prevê o atendimento em 10 minutos e a Amarela pode ser atendido em até duas horas, ou seja, seis usuários esperaram por até duas horas o atendimento que deveria ter sido feito em até 10 minutos.

A classificação na cor Verde, segundo o protocolo do HU UFSC, é considerada Pouco Urgente, como nas situações de dor leve, queixas recentes, pacientes subfebris. Seu atendimento para este nível de classificação está previsto para até 4 horas, sendo o usuário orientado a procurar unidades de Pronto atendimento (UPA) para atendimento da sua queixa.

Para o nível de classificação Verde houve 26 casos (N=26; 53,06%) de discordância. Destes, 21 casos (N=21; 80%) foram reclassificados para menor prioridade (azul na reavaliação) e apenas 5 (cinco) casos (N=5; 20%) deveriam ter sido classificados uma prioridade acima (Amarelo na reavaliação). Para este nível pode-se observar que foi o nível de prioridade que mais apresentou erros de classificação, entretanto novamente que o erro mais cometido foi de superestimação da queixa, tendo usuários sido classificados com um risco atribuído maior que o risco real apresentado.

A classificação na cor Azul, segundo o protocolo do HU UFSC, é considerada Não Urgente, como nas situações de problemas crônicos, pacientes sem dor e sem alterações presentes nos demais discriminadores do protocolo. Seu tempo para atendimento está previsto para até 6 horas, sendo o usuário orientado a procurar o posto de saúde ou UPA preferencialmente para o tipo de queixa.

De acordo com o nível de classificação Azul, não houve nenhuma discordância entre a avaliação e a reavaliação. Para este nível de menor prioridade no protocolo não houve erro de classificação. Vale destacar que houve apenas 2 casos (N=2; 0,53%) de classificação Azul presente neste estudo.

É importante destacar que a organização das redes de atenção à saúde muitas vezes encontram-se em desacordo, uma vez que pacientes classificados nos níveis de prioridade Verde e Azul não deveriam chegar até a porta de entrada de uma unidade de emergência, deveriam ser absorvidos ainda na atenção básica.

É importante verificar que assim como no nível de maior prioridade (vermelho), o nível de menor prioridade (azul) também não apresentou erros de classificação. Infere-se que nos extremos do protocolo de classificação não existe dúvida quanto à classificação de risco, ou então, são situações de fácil interpretação dos discriminadores do protocolo que não procedem a erros de classificação.

De acordo com Nascimento et al. (2011), o desconhecimento da população da oferta de serviços de saúde ou a utilização inadequada dos mesmos faz com que o acolhimento com classificação de risco se torne ineficiente em alguns aspectos, já que o atendimento prestado aos usuários classificados como menos graves se torna superficial e inadequado.

Um estudo publicado em 2008 considera que a carga de trabalho aumentada para os profissionais que atuam em serviços de emergência, em decorrência do elevado número de usuários não urgentes, também contribui para a má qualidade do atendimento oferecido. Esforços para triar usuários com pequenos agravos podem consumir o mesmo tempo gasto no seu tratamento (SOERENSEN, *et al.*, 2008).

Este estudo verificou que os erros presentes na classificação de risco do HU UFSC estão relacionados à superestimação do risco para quase todos os níveis de prioridade. De acordo com os achados do estudo podemos considerar como subestimação do risco os registros que apontaram para a atribuição do risco em grau de menor gravidade do que representa, já a superestimação do risco pode ser considerada a

atribuição do grau de risco em níveis de maior gravidade do que representa.

A presença dos fenômenos de superestimação quanto de subestimação são preocupantes, pois ambos podem contribuir para uma baixa acurácia do protocolo de classificação. Entretanto apresenta-se a dúvida hipotética para reflexão: será mais seguro para o usuário, ter sua classificação de risco superestimada para a cor amarela ou ter o seu risco subestimado para a cor azul?

Esta resposta não pode ser concluída com segurança em relação ao protocolo de atendimento do HU UFSC, pois não há estudos que embasem esta questão, mas desta reflexão pode surgir futuras investigações.

## **Conclusão**

Este estudo em questão permitiu apontar algumas fragilidades referentes aos registros feitos pelos enfermeiros da classificação de risco do Hospital Universitário HU UFSC e sugere-se que devam ser analisadas junto à chefia de enfermagem da unidade de emergência adulto e comissão de acolhimento e classificação de risco do hospital em estudo, a fim de viabilizar propostas e estratégias para melhoria dos registros, como por exemplos: realizar módulos de capacitações com os enfermeiros sobre o acolhimento com avaliação e classificação de risco visando o adequado preenchimento dos registros de enfermagem, a adequação do espaço da ficha de atendimento onde o enfermeiro utiliza para realizar a classificação de risco, ou a criação de um instrumento próprio para a classificação de risco, bem como a utilização de um sistema eletrônico para o registro da classificação.

As fragilidades dos registros de enfermagem encontradas estão diretamente relacionadas com a segurança do paciente, pois como visto com os achados da literatura a qualidade dos registros do enfermeiro na classificação de risco é fator primordial para a obtenção do nível de prioridade.

Embora os registros de enfermagem do acolhimento com classificação de risco do HU UFSC estejam fragilizados, os dados considerados escassos a respeito do início e sintomas e a utilização de escala numérica para dor ter sido presente em pequena quantidade, estes achados não impediram a obtenção de bom grau de acurácia da classificação de risco.

Podemos atribuir este achado devido à grande habilidade por parte dos enfermeiros que realizam a classificam de risco na tomada de

decisões e experiência clínica, onde mesmo nas situações de ausência de dados completos, conseguem finalizar a avaliação e obter o nível de prioridade correto.

De acordo com a determinação da acurácia, o protocolo de acolhimento com classificação de risco institucional mostrou-se confiável ao sugerir um excelente acordo entre a avaliação e a reavaliação feitas pelo estudo através do coeficiente *Kappa*.

Apesar das divergências encontradas na classificação de risco, nota-se que a maioria dos erros de classificação está presente por motivo de superestimação da queixa. Este fato deve também ser analisado com cautela uma vez que casos de superestimação de risco podem sobrecarregar a unidade de emergência acarretando na ocupação desnecessária de leitos, gerando gastos com materiais e insumos, prejuízo financeiro, expor o usuário a procedimentos desnecessários, e consequente piora na qualidade do atendimento prestado.

Apesar de menos frequentes foram identificados casos de subestimação da queixa onde os usuários deveriam ter sido classificados em níveis de atendimento mais prioritários. Estes são erros considerados graves, pois neste caso os níveis de classificação atribuídos aos usuários foram menos graves do que realmente se apresentam, o que pode dificultar o tratamento de saúde do usuário enquanto ele aguarda erroneamente ou até mesmo levar o usuário à morte, particularmente quando este aguarda por um longo tempo.

As análises realizadas e a identificação de limitações do estudo possibilitam algumas reflexões que remetem à conclusão de que se faz necessário a realização de novas investigações sobre o tema, além da adoção de estratégias permanentes com os enfermeiros classificadores a fim de identificar possíveis dificuldades enfrentadas na aplicabilidade do protocolo de avaliação e classificação de risco e traçar estratégias que minimizem os erros encontrados.

## Referências

- BRASIL, (2003). **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 48.
- \_\_\_\_\_, (2012). **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CALIL, A. M., PIMENTA, C. A. M. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. **Rev. Esc. Enf. da USP**, São Paulo, v. 39, n.3, p. 325-32, 2005.
- FLEISS, J.L Measuring nominal scale agreement among many raters. **Psychol. Bull.** New York: John Wiley, v. 76, pp. 378-82, 1971.
- FONTES, K. B.; JAQUES, A. E. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. **Cienc Cuid Saúde, Maringá-PR**, v. 6, paginas 481-487 2007.
- FRANÇOLIN et. al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, pp. 79-83. 2012.
- GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. BRASIL. **O que é acolhimento com classificação de risco**. Minas Gerais, 2014. Disponível em: [http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39) Acesso em 12/01/2014.
- LIMA, S., B., S.; ERDMANN, A., L., A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 19, n. 3, 271-278. 2006
- LUNNEY, M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Part II: application of cognitive skills and guidelines for self-development. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, pp. 106-112, 2003.
- LUNNEY, M., et al. Accuracy of nurses' diagnoses of psychosocial responses. **Nurs Diagn.** Philadelphia, v. 8, n. 4, pp. 157-166, 1997.
- NASCIMENTO, E., R., P.; et. al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de

Janeiro, v. 19, n. 1, pp. 84-8,.

OLIVEIRA, A., B., F., BARRETO, C., A., SILVA, C., T., F. 5º Sinal Vital: impacto na Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Faculdade Capixaba de Nova Venécia – UNIVEN**, Nova Venécia- ES v. 01 n.1, 6-34, 2012

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.2, p. 270-6. 2006.

PIRES, P. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviços de emergência: “Canadian Triage Acuity Scale” (CTAS)**. 2003. 206f. (Tese). Programa de Pós-Graduação– Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

R CORE TEAM, R. 2013. **A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível: <http://www.R-project.org/> Acesso em 04/01/2014

RIBEIRO, et al. O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 1, 146-152, 2011.

SANTOS, S., R.; PAULA, A., F.; LIMA, J., P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 11, n. 1, 80-87, 2003.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.936-944, 2007.

SOERENSEN, A., *et al.* Atendimento pré-hospitalar móvel: fatores de riscos ocupacionais. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, pp. 187-192, 2008.

SOUZA, C. C.; *et al.* Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1. 26-33, 2011.

UFSC. Acolhimento com classificação de risco na emergência do HU: Conceitos e orientações básicas. Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Arquivo Interno. Florianópolis, 2011.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral proposto por este estudo foi avaliar os registros dos dados utilizados pelos enfermeiros da unidade de emergência adulto para a classificação de risco segundo o protocolo institucional e determinar a acurácia dos enfermeiros através da concordância entre os classificadores e o protocolo institucional.

Após análise dos achados deste estudo algumas reflexões voltadas principalmente ao registro de dados são importantes de se fazer.

Considerando que os registros de enfermagem embasam o trabalho do enfermeiro que atua na classificação de risco, uma vez que os dados registrados são fundamentais para a atribuição do grau de risco ao usuário, pode-se afirmar que houve erros consideráveis ao verificar a escassez de dados e falta de registro dos enfermeiros.

A ausência destes registros está diretamente envolvida com a segurança do paciente e faz-se uma questão preocupante, pois a má qualidade dos dados coletados na classificação de risco pode implicar na compreensão errônea da condição clínica que o usuário apresenta.

Tal fato é potencial gerador de complicações éticas e legais tanto para o profissional executante da classificação como para a instituição e deve ser enfrentado traçando estratégias, como por exemplo: a realização de capacitações permanentes com os enfermeiros do acolhimento, treinamentos quanto à aplicabilidade do protocolo, bem como adequação do espaço disponível na ficha de atendimento (Anexo C) para que o enfermeiro faça seu registro da classificação de risco, adoção de sistemas eletrônicos para o registro de enfermagem.

Com relação a concordância entre os enfermeiros classificadores e o protocolo institucional pode-se concluir que a classificação de risco realizada por enfermeiros que utilizam o protocolo é positiva mesmo na ocorrência dos erros de classificação.

Em geral, o protocolo usado pelo serviço de emergência adulto é adequado para os níveis de prioridade reclassificados no estudo.

A acurácia entre os enfermeiros classificadores e o protocolo institucional mostrou concordância excelente, através do coeficiente Kappa obtido, desta forma, os enfermeiros têm classificado os usuários no mesmo grau de risco que eles apresentam no momento da avaliação e classificação de risco.

Apesar de menos frequentes, os erros observados em alguns casos de subestimação do risco podem ser considerados erros graves e devem ser combatidos, uma vez que podem acarretar sérios danos para os



usuários, já que na condição temporal que o usuário está envolvido pelo protocolo, o erro de classificação determina um tempo de atendimento que pode ser crucial para sua condição de saúde.

Por outro lado temos o fato da superestimação da queixa estar presente na maioria das situações de discordância do protocolo. Este fato também merece atenção uma vez que, ao superclassificar um usuário, e determinar uma prioridade acima da real necessitada, a unidade de emergência adulto absorve maior parcela de atendimentos, gerando sobrecarga de trabalho, maior gasto de materiais e insumos, e consequente piora da qualidade de assistência prestada.

Considerando os resultados achados neste estudo, sugere-se a continuação de investigações de acurácia para a classificação de risco devido às limitações encontradas. Propõe-se que sejam obtidos coeficientes *kappa* para cada nível de prioridade além de investigar mais profundamente o impacto da má qualidade dos registros sobre o protocolo, e analisar os sinais vitais de forma a responder individualmente para cada fluxograma se deveria ter sido aferido ou não.

Com relação à produção científica relacionada aos estudos de acurácia, percebeu-se que a literatura nacional é escassa, embora a temática do estudo seja interessante. Poucos trabalhos foram encontrados sobre o tema, e desses a minoria foi liderado por enfermeiros. Dessa forma, acredita-se que o presente trabalho traga contribuições para a literatura nacional, em cenários semelhantes ao vivenciados no HU UFSC.

A estratégia de acolhimento com classificação de risco como uma ferramenta de trabalho tecno-assistencial nas portas de entrada de unidades de urgência e emergência ainda é uma realidade em construção em nosso país. Na prática, é possível notar que com o advento da classificação de risco, a desordem gerada pelos atendimentos feitos por ordem de chegada estão sendo minimizados, e que a classificação de risco proporciona maior autonomia ao enfermeiro que executa a avaliação com classificação de risco.

## REFERÊNCIAS

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

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE (ACEM), **Página inicial de Apresentação**. Austrália, 2014. Disponível em: <https://www.acem.org.au/> Acesso em 04/01/2014

BITTENCOURT, R., J. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, pp. 1439-1454, 2009.

BRASIL, (1990). **Lei n. 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: 19 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_, (2001). **Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60p.

\_\_\_\_\_, (2004). **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48p..

\_\_\_\_\_, (2010). **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Cadernos HumanizaSUS, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242p.

\_\_\_\_\_, (2011). **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_, (2012). **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. 2003. **Bioestatística: Princípios e**

**aplicações.** Porto Alegre: Artmed, 2003. 255p

CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE (CTAS) WORKING GROUP. **Página inicial de Apresentação.** Canadá, 2014. Disponível em: <http://caep.ca/resources/ctas> Acesso em 04/01/2014.

COELHO, M.O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Cienc Saude Colet.** Rio de Janeiro, v. 14, suplemento especial, pp. 1523-1531, 2009.

COHEN, J. A coefficient of agreement for nominal scales. **Educational and Psychological Measurement**, New York, v. 20, pp. 37-46, 1960.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 22, n. 2, pp. 188-198, 2012.

DAL PAI, D. L. Sofrimento no Trabalho de Enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, pp. 524-530, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300012&script=sci_arttext). Acesso em jan 2014

DAL PONTE, S.T., et al. Dor como queixa principal no serviço de Pronto-Atendimento do Hospital Municipal de São Pedro do Sul- RS. **REV. DOR.** São Paulo, v. 9. N. 4, pp. 1345-1349, 2008.

FLEISS, J. L Measuring nominal scale agreement among many raters. **Psychol. Bull.** New York: John Wiley v. 76, pp. 378-82, 1971.

GILBOY, N. et al. **Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook.** AHRQ Publication N°. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.

GÖRANSSON, K. E., *et al.* Triage: Is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions? **Accident and Emergency Nursing**, England, v. 14, n. 2, pp. 83-88, 2006

GÖRANSSON, K., *et al.* Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, Sweden, v. 19, pp. 432-438, 2005.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. BRASIL, **O que é acolhimento com**

**classificação de risco.** Minas Gerais, 2014. Disponível em: [http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39) Acesso em 12/01/2014

GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM. PORTUGAL, **Página inicial de Apresentação.** 2014. Disponível em: <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/> Acesso em 12/01/2014

JIMENEZ, J. G. Clasificación de pacientes en los servicios de urgências y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. **Emergencias**, Pamplona, v. 15, pp. 165-174, 2003.

LUNNEY, M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Part II: application of cognitive skills and guidelines for self-development. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, pp. 106-112, 2003.

LUNNEY, M.; *et al.* Accuracy of nurses' diagnoses of psychosocial responses. **Nurs Diagn.** Philadelphia, v. 8, n. 4, pp. 157-166, 1997.

MATOS, F G, CRUZ, D A L.N Construção de Instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, edição especial, pp. 1088-1097, 2009

MENDES, E, V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília-DF, v. 15, n. 5, pp. 2297-2305, 2010.

MIKHAIL, E.; ACKERMAN, F. **Observations and Least Squares.** University Press of America, 1976. 497 p.

MONICO *et. al.* Acurácia e precisão: revendo os conceitos de forma acurada. **Bol. Ciênc. Geod.**, Curitiba, v. 15, no 3, pp.469-483, 2009.

MURRAY M, BULLARD M, GRAFSTEIN E. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale implementation guidelines. **CJEM**, Local de Publicação, v. 6, pp. 421-427, 2004.

NASSAR, S., M., ; WRONSCKI, V., R., **SEstatNet** – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis, SC. Disponível em: <http://www.sestat.net>. Acesso em: 12/08/2013

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA, 2008. 1866-1867p.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes - coeficiente Kappa. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 37, n. 1, pp.

72-80, 2003.

PIRES, P. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviços de emergência: “Canadian Triage Acuity Scale” (CTAS)**. 2003. 206f. (Tese). Programa de Pós-Graduação– Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed. 2011. 669p.

R CORE TEAM, R. 2013. **A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível: <http://www.R-project.org/> Acesso em 04/01/2014

SOUZA, S., R., BASTOS, M., A., R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Rev. Min. Enferm.**, Minas Gerais, v. 12, n. 4, pp. 581-586, 2008

Toledo, a, d. **A acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte**. 2009. 138f. (dissertação). Escola de Enfermagem. Universidade federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

UFSC, (2011). Acolhimento com classificação de risco na emergência do HU: Conceitos e orientações básicas. Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Arquivo Interno. Florianópolis, 2011.

\_\_\_\_\_, (2013). Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar. Relatório Interno. Divisão de Informática Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. **Rev Enferm Uerj**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, pp. 285-289, 2009.

## ANEXOS

### ANEXO A - PROTOCOLO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

## ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA EMERGÊNCIA DO HU:

### CONCEITOS E ORIENTAÇÕES BÁSICAS:

- a) A portaria 1.600, publicada em 07 de julho de 2011, e que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a rede de atenção às urgência no SUS, determina, em seu capítulo 1, que todos os pontos de atenção dos serviços de saúde do SUS devem garantir o atendimento aos casos agudos contemplando a CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.
- b) O acolhimento com classificação de risco NÃO É UMA PRÉ CONSULTA E NÃO VISA O DIAGNÓSTICO. Definir o diagnóstico é responsabilidade do MÉDICO.
- c) A realização do acolhimento com classificação de risco na emergência clínico adulto do HU é uma determinação da direção geral e da direção de medicina do HU, e todos os médicos, residentes e doutorandos que estejam de plantão na emergência clínica do HU devem se organizar para atender os pacientes no tempo previsto para cada cor.
- d) Alguns dos objetivos do acolhimento com classificação de risco são: organizar os fluxos internos da emergência, tirar o paciente grave da fila de espera, humanizar os atendimentos e diagnosticar a situação dos outros serviços de saúde da região.
- e) SINAIS VITAIS só são verificados no acolhimento com classificação de risco se o fluxograma exigir.
- f) O enfermeiro deve seguir estritamente os fluxogramas e evitar ir atrás do médico exigindo ou implorando o atendimento. Após o paciente ter sido classificado, é responsabilidade da equipe médica o atendimento no tempo previsto.
- g) Caso o paciente não tenha sido atendido no tempo previsto, ele será reclassificado e será verificada a causa do não atendimento pela equipe médica no tempo previsto inicialmente.
- h) Na ficha de atendimento deverá constar: a cor classificada, qual fluxograma foi utilizado (pela queixa principal, a que motivou a vinda ao hospital) e qual discriminador do fluxograma determinou a classificação (por exemplo, laranja, cefaléia, dor severa - até 10 minutos para atender).
- i) A enfermeira que realizou a classificação também deve colocar na ficha o horário que foi realizada a classificação e o horário máximo que o paciente deve ser atendido.

## ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA EMERGÊNCIA DO HU:

A Portaria Ministerial 1.600, publicada em 07 de julho de 2011 e que reformula a Política Nacional de Atendimento às Urgências, prevê, entre outras coisas, que toda porta de entrada do SUS deve atender os casos agudos e que deve ser feito um acolhimento com classificação de risco, sem definir qual protocolo deve ser utilizado. Além disso, esta Portaria prevê a criação da rede de atendimento às Urgências, hierarquizando os atendimentos e transferindo os pacientes para locais de maior complexidade.

O setor de emergência clínica adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, a partir do dia 01 de agosto de 2011, irá implantar o acolhimento com classificação de risco para atender a Portaria 1.660 e para organizar e profissionalizar o acolhimento dos pacientes que chegam ao setor. Lembramos que no atual momento a emergência do HU possui uma porta aberta de atendimento ao público, portanto não pode recusar atendimento a nenhum paciente que procura o setor. Da mesma forma a emergência não pode ser "fechada" extra-oficialmente, por decisão de algum funcionário da emergência. E quando o paciente faz a ficha de atendimento, o hospital e o médico(s) plantonista(s) que estão naquele momento de plantão tem responsabilidade ética e legal sobre aquele paciente.

Lembramos que o médico residente é um médico em treinamento e não pode tomar decisões sozinho sobre condutas médicas e administrativas, e deve estar sob orientação constante do médico de plantão (Staff), assim como os doutorandos devem receber orientações e supervisão constante. Porém, todos (doutorandos, residentes e Staffs) são responsáveis pelo atendimento em todos os setores da emergência clínica adulto do HU, em níveis crescentes de responsabilidade.

A partir do dia 01 de agosto de 2011, o paciente (usuário – cliente) que procurar a emergência do HU deverá ser acolhido pelo serviço de modo imediato, ter seu risco classificado e ser atendido no tempo estipulado para cada classificação. O serviço de emergência do HU deve organizar e estruturar-se para realizar estes atendimentos no tempo estipulado. O objetivo do acolhimento com classificação de risco é tirar o paciente grave da fila de espera e para que cada paciente seja atendido no tempo certo, no lugar certo e com custo adequado, com qualidade e humanização.

O atendimento deve seguir o tempo do paciente, e não o tempo do serviço, do equipamento ou do profissional.

O acolhimento com classificação de risco **NÃO** é uma pré-consulta, não objetiva o diagnóstico e não verifica sinais vitais (a não ser que o organograma exija).

A classificação de risco deve ser realizada por profissional qualificado. A triagem não deve e não pode mais ser realizada por profissionais não qualificados (recepção, segurança, administrativo).

A classificação de risco não é um procedimento da enfermagem. A equipe médica deve estar atrelada ao processo, para que os pacientes sejam atendidos no tempo correto. As funções e locais de atendimento devem ser pré-estabelecidos e determinados.

Os organogramas que serão utilizados na emergência do HU foram adaptados para que se tenha uma avaliação profissional e objetiva do risco de cada paciente, baseado na realidade de nossa emergência.

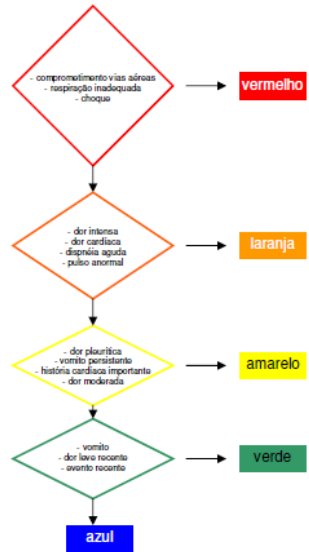
Para realizar a classificação de risco na emergência do HU adotaremos o critério de 6 cores:

Prioridade	Nome	Cor	Tempo Alvo
1	Emergente	Vermelho	0 minutos (imediato)
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	2 horas
4	Pouco Urgente	Verde	6 horas
5	Não Urgente	Azul	8 horas
0	Procedimentos	Branco	Sem tempo

## Fatores que determinam uma prioridade:

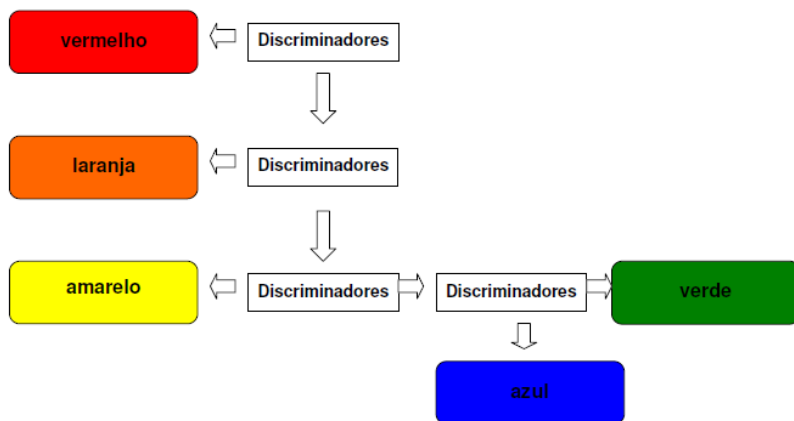
- Ameaça à vida
- Ameaça à função;
- Duração do problema;
- Idade;
- História;
- Risco de maus tratos;

DETERMINANTES GERAIS	
<b>VERMELHO</b> (o minutos)	Comprometimento das vias aéreas
	Respiração inadequada
	Hemorragia exangüinante
	Choque
	Convulsivando
<b>LARANJA</b> (até 10 minutos)	Dor intensa
	Hemorragia maior incontrolável
	Alteração da consciência
	Esfriamento
<b>AMARELO</b> (até 1 hora)	Dor moderada
	Hemorragia menor incontrolável
	História de inconsciência
	Adulto febril
<b>VERDE</b> (até 2 horas)	Dor leve recente
	Febre baixa
	Problema recente
<b>AZUL</b>	(até 4 horas)





### Apresentação do fluxograma (identificação da prioridade)



Como será realizado o atendimento na emergência do HU:

A emergência clínica do HU foi dividida em 3 setores:

Setor de internação	Responsável por todos os pacientes internados (em leitos, macas e cadeiras);
Emergência interna	Responsável pelos pacientes na sala de medicação e na reanimação, e os pacientes aguardando na sala de espera verde e no corredor translúcido, e os pacientes em observação em macas e cadeiras.
Emergência externa	Responsável pelo atendimento à porta (demanda espontânea) - atendimento aos pacientes verdes e azuis;

A triagem e classificação de risco será realizada por enfermeira a cada turno, que deverá realizar a triagem em até 3 minutos. Necessitará, para tanto, de um consultório, termômetro auricular, glicosímetro, esfigmomanômetro e os organogramas (não deve realizar a classificação de cabeça).

A triagem com classificação de risco será realizada no consultório ao lado de recepção, e se mais de 10 pacientes estiverem esperando para serem classificados, outro ponto de triagem será aberto (consultório externo) com outra enfermeira. O paciente, além de ter seu risco classificado, será acolhido pela enfermeira e pelo setor de emergência.

Na ficha de atendimento deverá estar escrito a cor classificada, a queixa principal (fluxograma utilizado) e qual discriminador determinou a classificação.

O paciente classificado como vermelho será imediatamente encaminhado à reanimação para receber atendimento imediato pelo Staff e residente (emergência interna). O paciente não aguarda.

O paciente classificado como laranja ficará aguardando na sala verde e será atendido em 10 minutos pelo Staff ou pelo residente. A enfermeira que realizou a triagem avisará que o paciente está esperando e colocará a ficha num recipiente colocado na porta da sala verde;

O paciente classificado como amarelo ficará esperando na sala de espera na cobertura translúcida e será atendido em até 1 hora pelo residente ou staff, a ficha ficará em um recipiente colocado no corredor para o setor com cobertura translúcida;

O paciente classificado como verde aguardará na sala de espera externa, será comunicado que será atendido em até 4 horas e orientado que poderá procurar uma das duas UPAs (norte – Canasvieiras ou Sul – Rio Tavares). A ficha ficará na bandeja dos pacientes verdes ao lado da recepção;

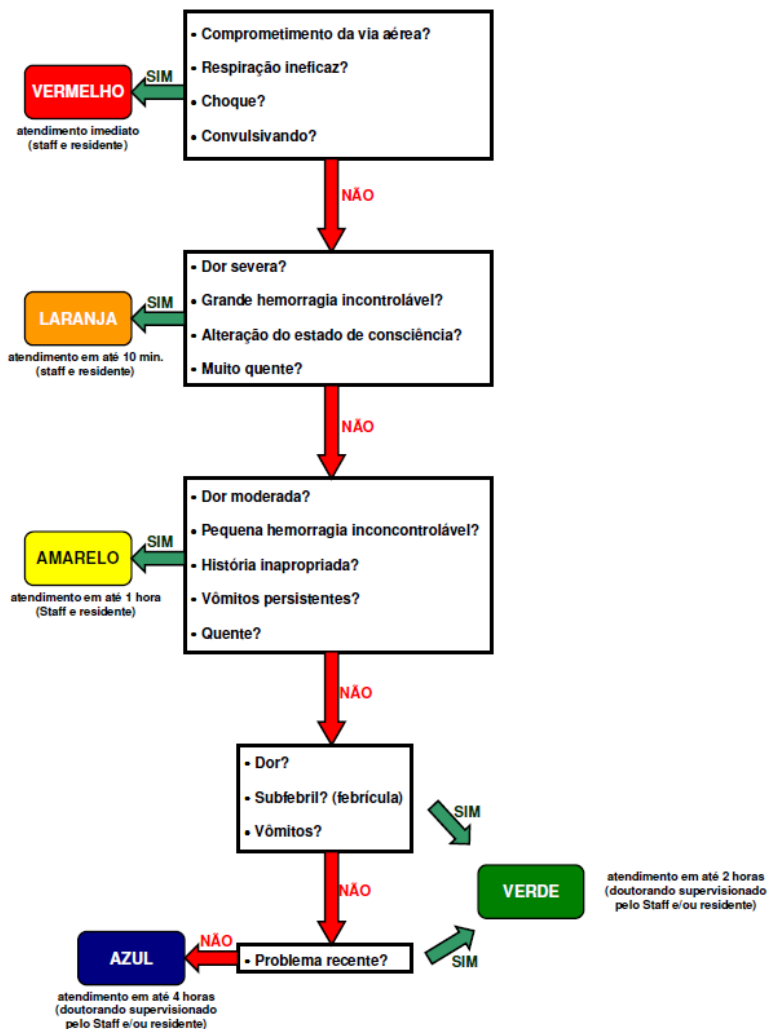
O paciente classificado como azul ficará aguardando na sala de espera externa e será comunicado que será atendido em até 6 horas, sendo orientado que pode procurar as UPAs ou até os postos de saúde em outro momento, a ficha ficará na bandeja dos pacientes azuis ao lado da recepção;

Os pacientes classificados como branco, se o procedimento for necessário ser realizado na emergência, será comunicado a enfermeira e o médico da emergência externa;

### **Situações especiais previstas no acolhimento com classificação de risco:**

- **FUNCIIONARIOS DO HU, DA UFSC E ESTUDANTES:** serão classificados da mesma forma que qualquer paciente e ficarão esperando no local e pelo tempo previstos. Caso o médico queira atender estes pacientes prioritariamente, só poderá fazê-lo se não houver pacientes de prioridades mais elevadas esperando.
- **IDOSOS (ACIMA DE 70 ANOS) E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS:** serão classificados da mesma forma que qualquer paciente e terão sua cor anotada na ficha. Caso sejam classificados como verdes ou azuis, serão atendidos como pacientes amarelos.
- **PESSOAS ENTRE 60 E 70 ANOS:** serão classificados da mesma forma que qualquer paciente e terão sua cor anotada na ficha, porém serão os primeiros entre os classificados na mesma cor.
- **PRESIDIÁRIOS:** serão classificados normalmente e atendidos no tempo previsto pela cor classificada, porém se tiverem sido classificados com azuis ou verdes, ficarão esperando no corredor translucido, ao lado dos seguranças (por lei, presidiários não podem ficar esperando junto com os outros pacientes).
- **PACIENTES ENCAMINHADOS DE OUTROS SERVIÇOS MÉDICOS:** se não tiver sido feito contato, serão classificados da mesma forma que qualquer outro paciente e ficarão esperando pelo tempo previsto. Se tiver sido feito contato, serão classificados normalmente, porém o médico contatado será avisado.
- **PACIENTES ORIUNDOS DO PRÉ-HOSPITALAR (SAMU, BOMBEIROS, HELP, PRF, ETC):** serão classificados da mesma forma que qualquer paciente, a não ser que tenha sido feito contato prévio e determinado à gravidade do caso.

## FLUXOGRAMA GERAL:



## DISCRIMINADORES GERAIS:

### ⇒ RISCO DE VIDA:

- Comprometimento da via aérea;
- Estridor;
- Apneia;
- Ausência de pulso;
- Choque;

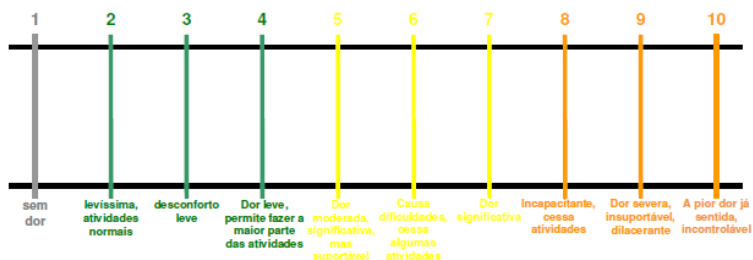
Todos estes discriminadores determinam risco de vida e classificam o paciente com vermelho;

### ⇒ DOR:

A dor deve ser avaliada baseando-se na intensidade da dor, e também avaliando critérios como idade (idosos são mais suscetíveis à dor), ansiedade, fatores culturais, etc.

- A dor severa classifica o paciente como laranja;
- A dor moderada classifica o paciente como amarelo;
- A dor leve classifica o paciente como verde;

Pode se usa a régua da dor com um dos instrumentos de avaliação da dor:



### ⇒ HEMORRAGIA:

- Hemorragia exangüinante é aquela que, se não for cessada, levará a óbito em pouco tempo, e classifica o paciente como vermelho;
- Grande hemorragia incontrolável é aquela que não é controlada por pressão direta (encharca as gazes ou chumaços) e classifica o paciente como laranja;
- Pequena hemorragia incontrolável é aquela, que após pressão direta, mantém um babaço constante, porem fluxo mínimo, e classifica o paciente como amarelo;

### ⇒ ESTADO DE CONSCIÊNCIA:

- Se o paciente estiver convulsivando ou não responsivo ele será classificado como vermelho
- Se o paciente apresentar alteração do estado de consciência ou o paciente responde somente a dor ou a voz do paciente será classificado como laranja;
- Se o paciente apresentar história de perda de consciência será classificado como amarelo;

⇒ **TEMPERATURA:**

- Se o paciente apresentar temperatura axilar acima de 40°C ou temperatura auricular acima de 41°C ele será classificado como laranja;
- Se o paciente apresentar temperatura axilar entre 38,5°C e 40°C ou temperatura auricular entre 38,5°C e 41°C ele será classificado como amarelo;
- Se o paciente apresentar temperatura entre 37,5°C e 38,5°C (tanto axilar como auricular) ele será classificado como verde;

⇒ **AGRAVAMENTO:**

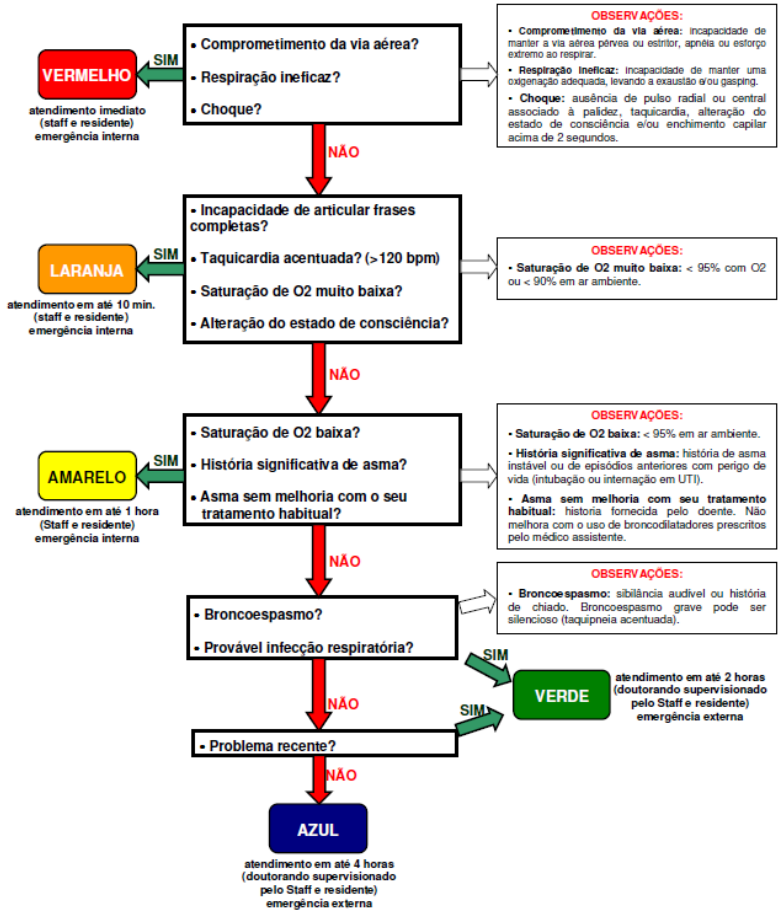
- Se o paciente apresentar problema ou lesão recente, será classificado como verde, se não será classificado como azul.

## INDICE DE FLUXOGRAMAS:

Nº	QUEIXA PRINCIPAL (motivo da vinda ao hospital)	PÁGINA
01	ASMA	01
02	AUTO-AGRESSÃO (TENTATIVA DE SUICÍDIO)	02
03	CEFALEIA	03
04	COMPORTAMENTO ESTRANHO	04
05	CONVULSÕES	05
06	CORPO ESTRANHO	06
07	DIABETES, HISTÓRIA DE	07
08	DIARREIA	08
09	DISPNEIA	09
10	DOENÇA HEMATOLOGICA	10
11	DOENÇA MENTAL	11
12	DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	12
13	DOR ABDOMINAL	13
14	DOR CERVICAL	14
15	DOR DE GARGANTA	15
16	DOR LOMBAR	16
17	DOR TESTICULAR	17
18	DOR TORÁCICA	18
19	EMBRIAGUES APARENTE	19
20	ERUPÇÃO CUTÂNEA	20
21	ESTADO DE INCONSCIÊNCIA	21
22	EXPOSIÇÃO A AGENTES QUÍMICOS	22
23	FERIDAS	23
24	GRAVIDEZ	24
25	HEMORRAGIA DIGESTIVA	25
26	HEMORRAGIA VAGINAL	26
27	MAL ESTAR EM ADULTO	27
28	INFECÇÕES LOCAIS E ABSCESSOS	28
29	MORDEDURAS E PICADAS	29
30	PROBLEMAS DENTÁRIOS	30
31	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES (MEMBROS)	31
32	PROBLEMAS NASAIS	32
33	PROBLEMAS NOS OUVIDOS	33
34	PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS	34
35	PROBLEMAS URINÁRIOS	35
36	QUEDAS	36
37	QUEIMADURAS	37
38	QUEIXAS ANAIS	38
39	SUPERDOSAGEM E ENVENENAMENTO (intoxicações exógenas)	39
40	TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO	40
41	VERTIGEM E TONTURAS	41
42	VÔMITOS	42

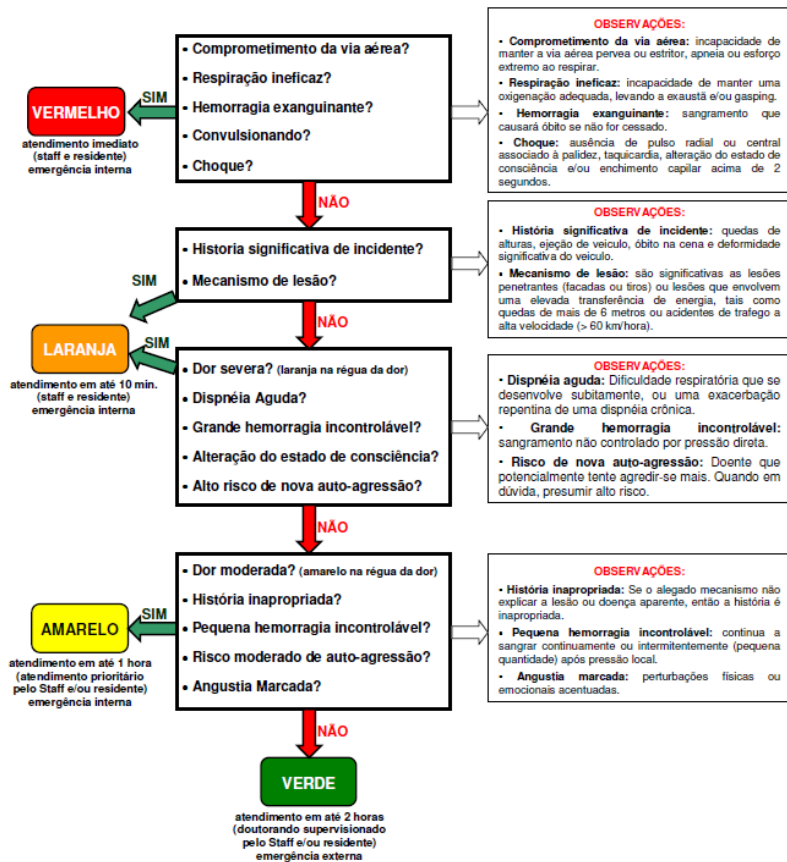
# FLUXOGRAMA 1:

## ASMA:





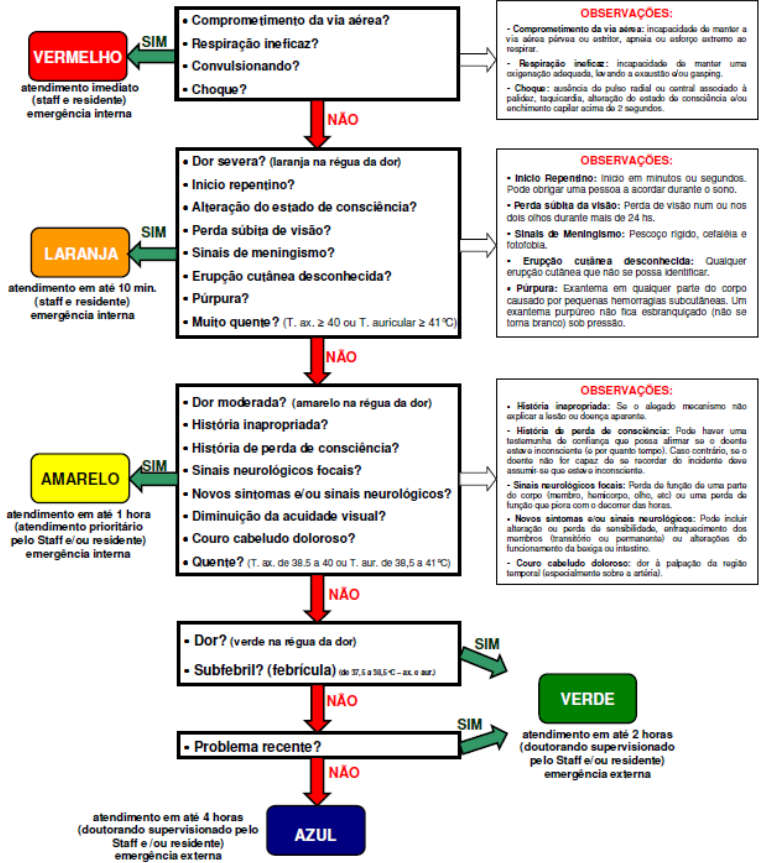
## FLUXOGRAMA 2: AUTO-AGRESSÃO:



### RÉGUA DA DOR:



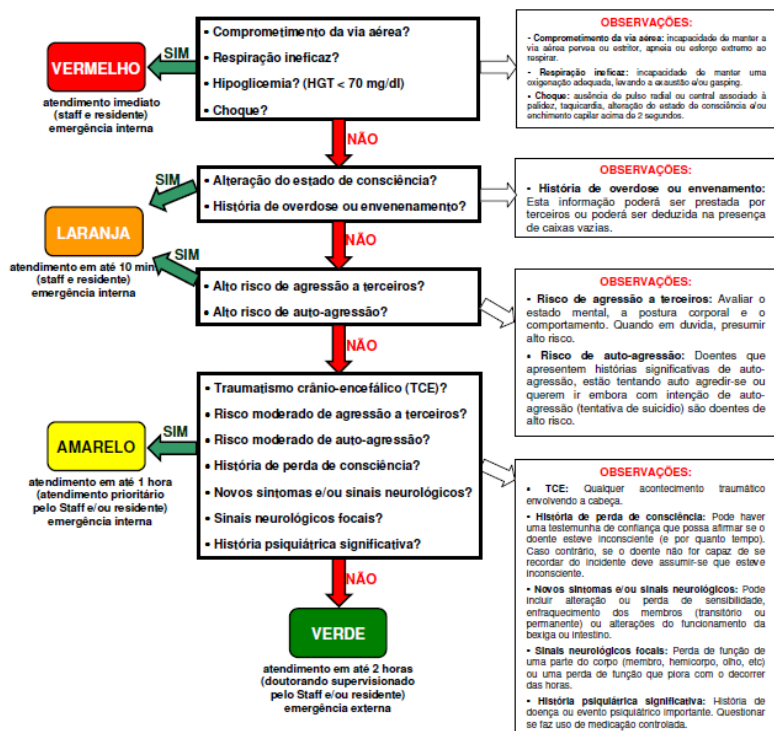
## FLUXOGRAMA 3: CEFALEIA:



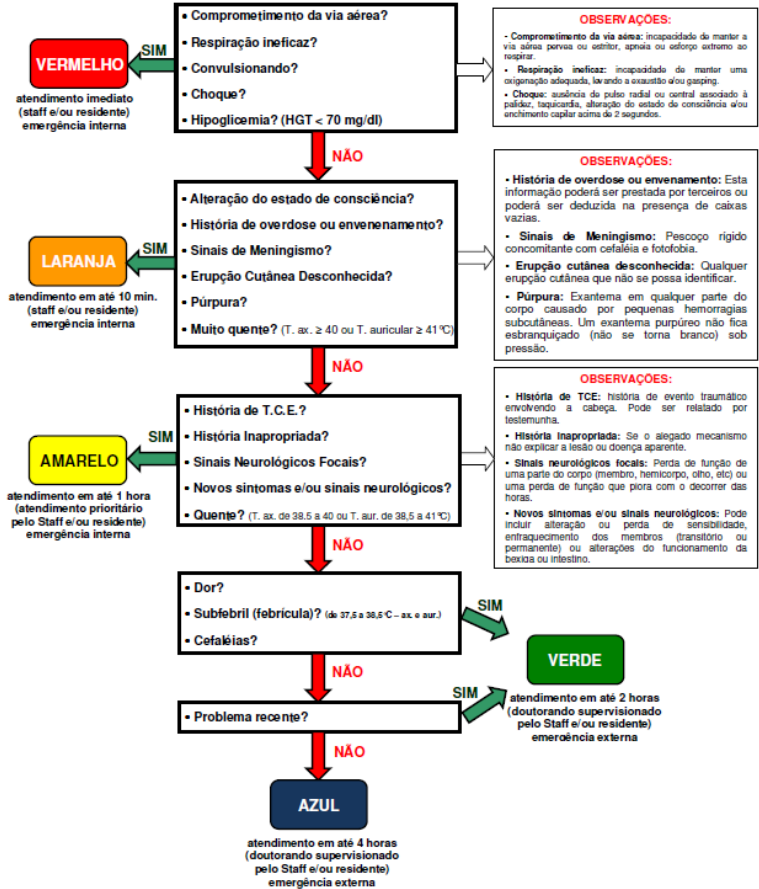
### REGUA DA DOR:



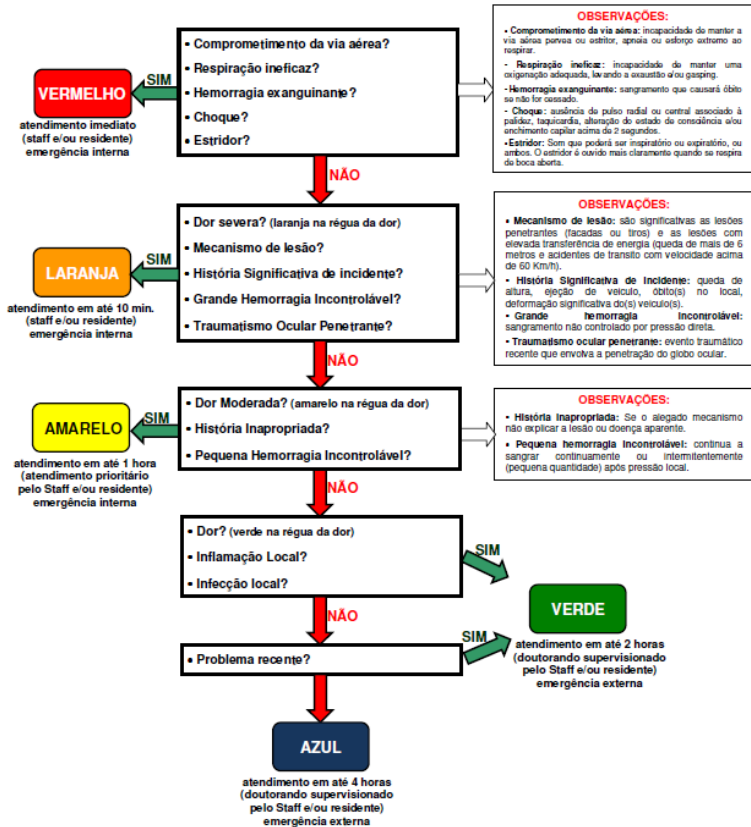
## FLUXOGRAMA 4: COMPORTAMENTO ESTRANHO:



# FLUXOGRAMA 5: CONVULSÕES



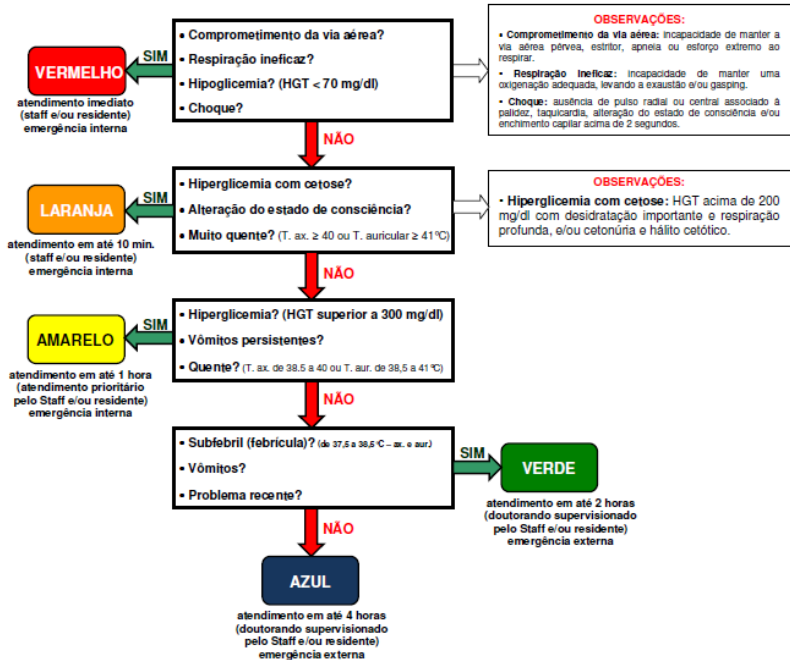
## FLUXOGRAMA 6: CORPO ESTRANHO



### RÉGUA DA DOR:

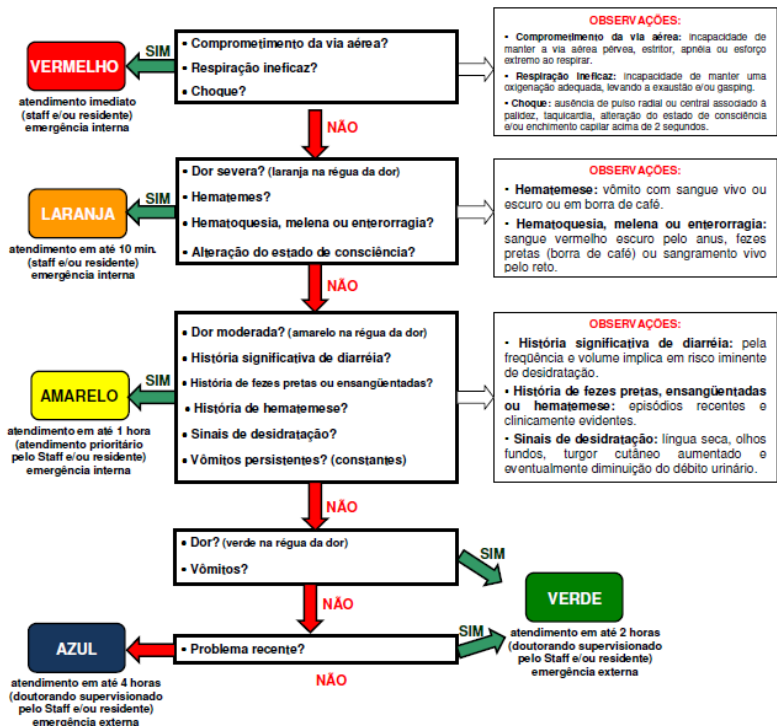


## FLUXOGRAMA 7: DIABETES, HISTÓRIA DE:



## FLUXOGRAMA 8:

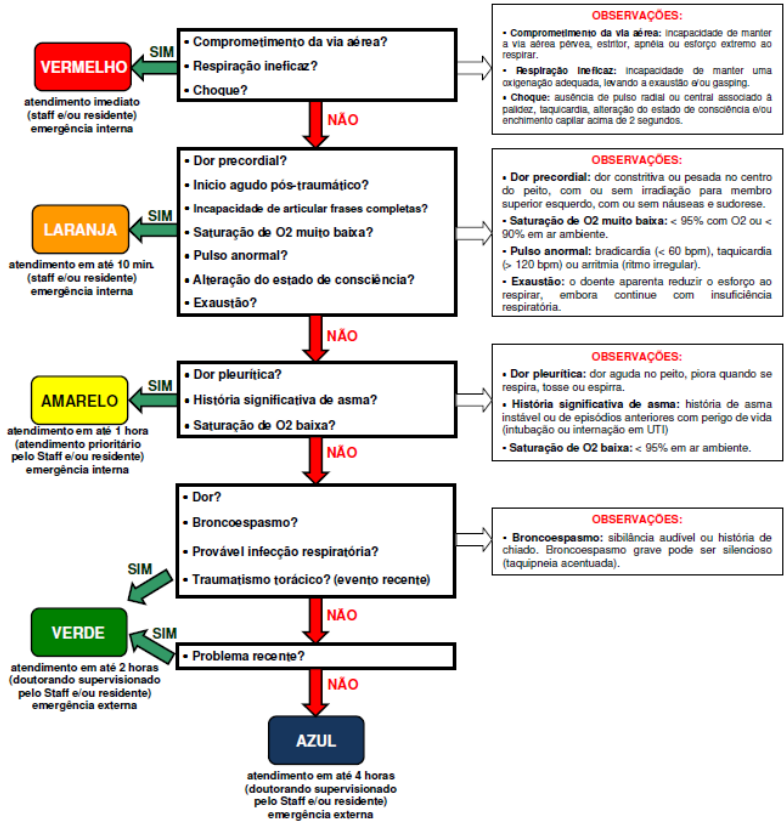
### DIARREIA:



### RÉGUA DA DOR:

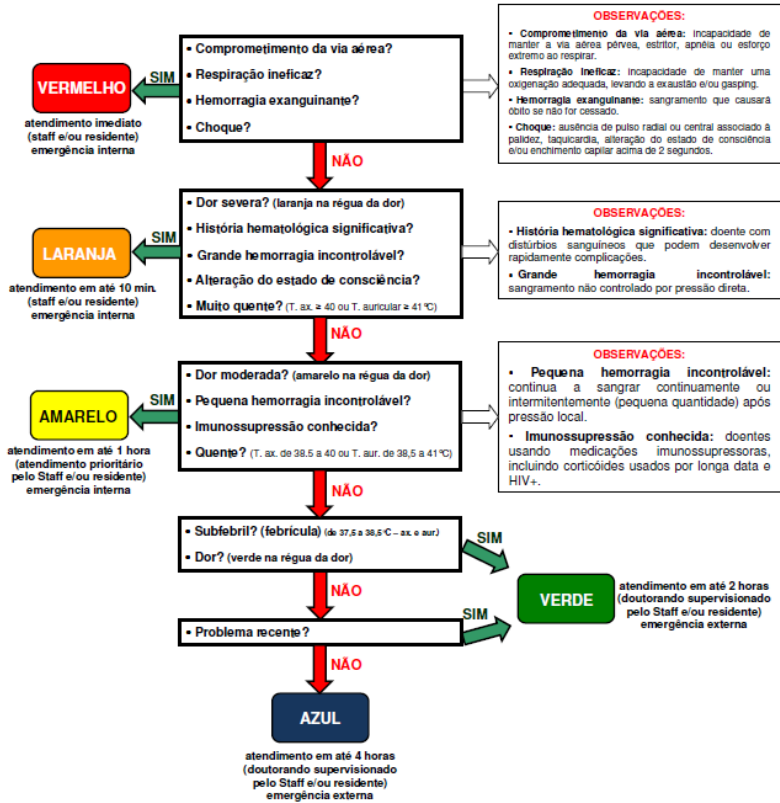


## FLUXOGRAMA 9: DISPNÉIA:





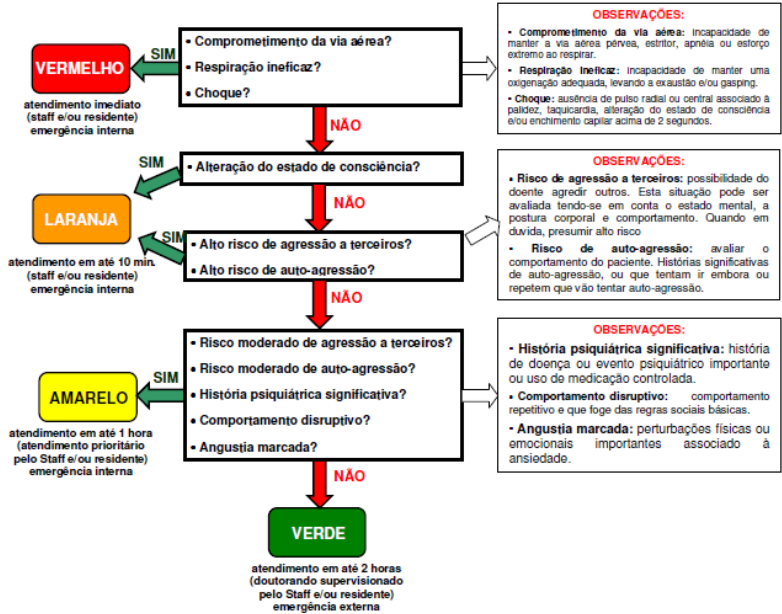
## FLUXOGRAMA 10: DOENÇA HEMATOLÓGICA:



### RÉGUA DA DOR:

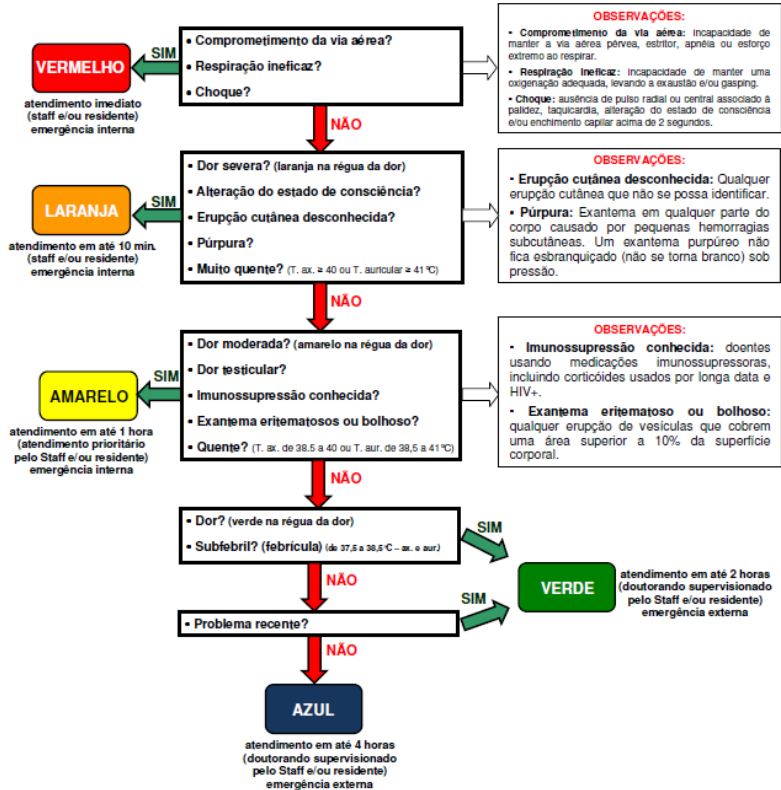


# FLUXOGRAMA 11: DOENÇA MENTAL:



## FLUXOGRAMA 12:

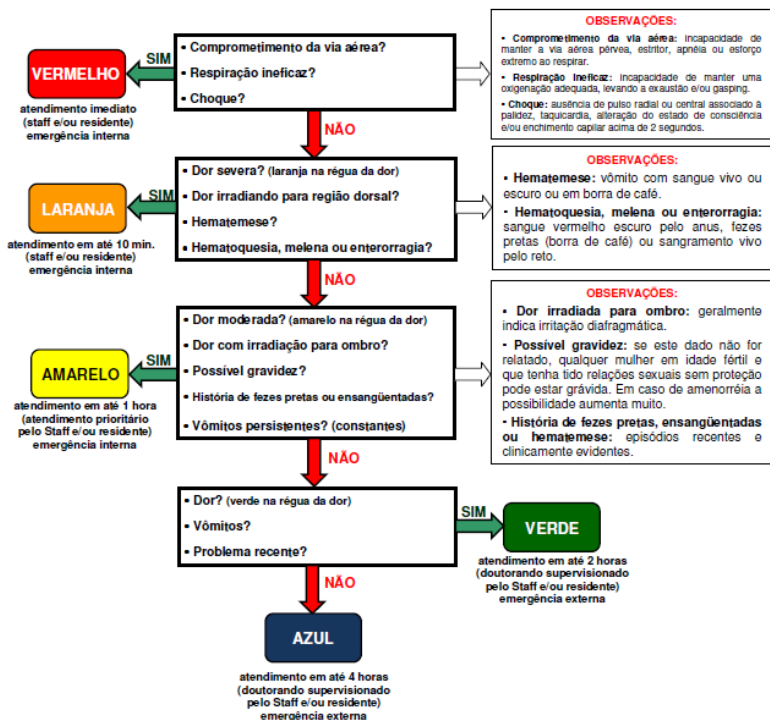
### DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS:



#### RÉGUA DA DOR:



## FLUXOGRAMA 13: DOR ABDOMINAL:

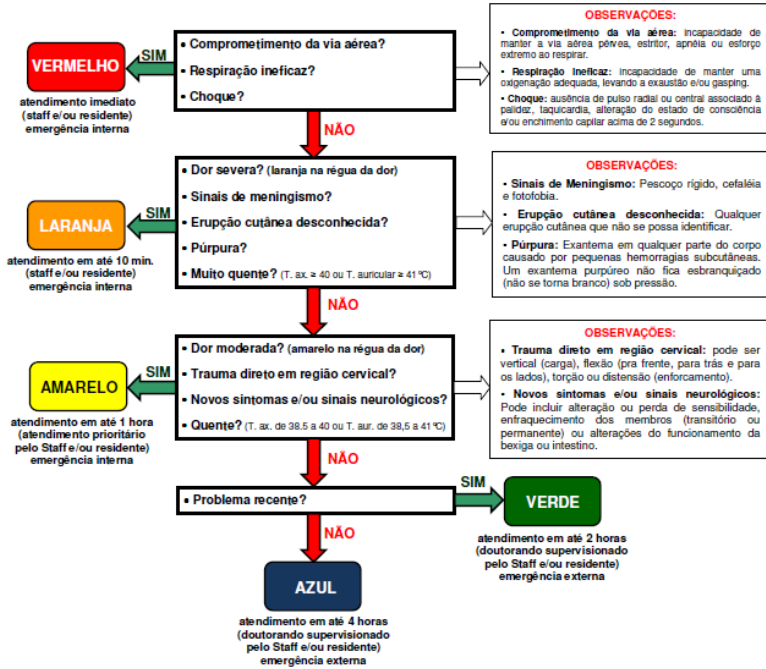


### RÉGUA DA DOR:

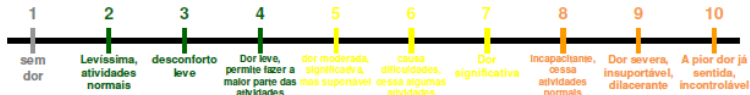


# FLUXOGRAMA 14:

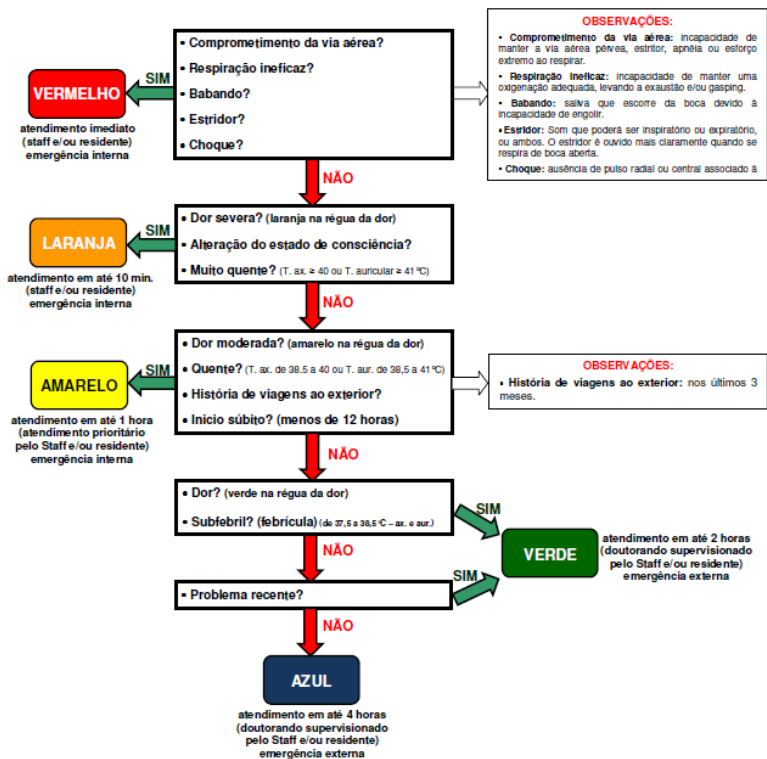
## DOR CERVICAL:



### RÉGUA DA DOR:



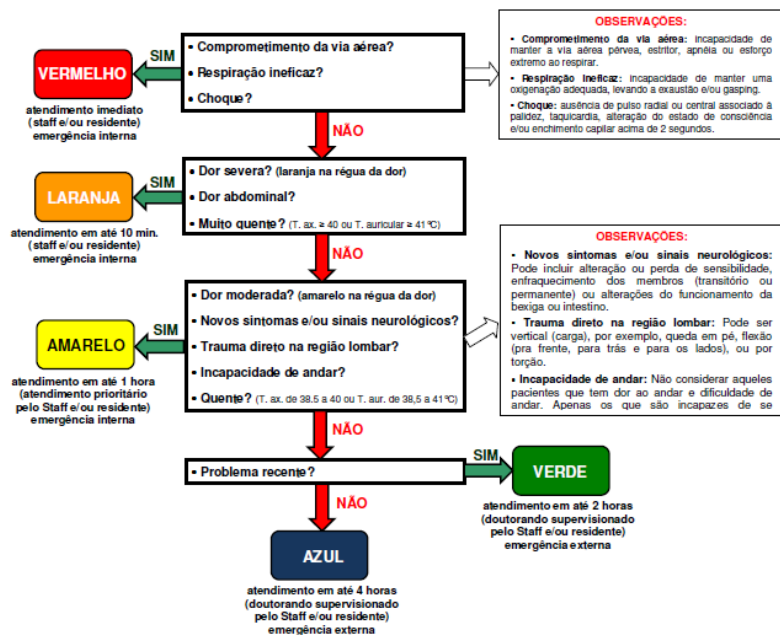
## FLUXOGRAMA 15: DOR DE GARGANTA:



### RÉGUA DA DOR:



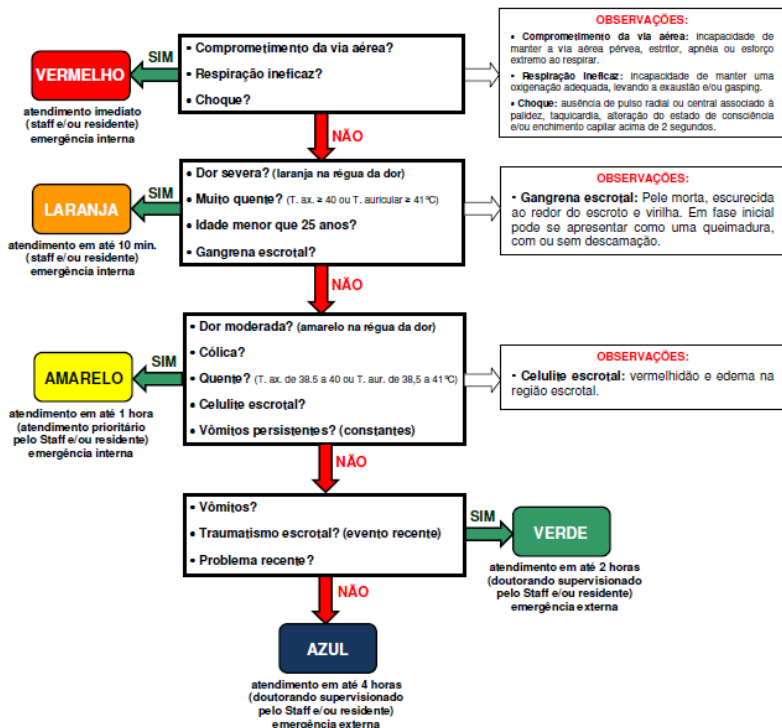
## FLUXOGRAMA 16: DOR LOMBAR:



### RÉGUA DA DOR:



## FLUXOGRAMA 17: DOR TESTICULAR:

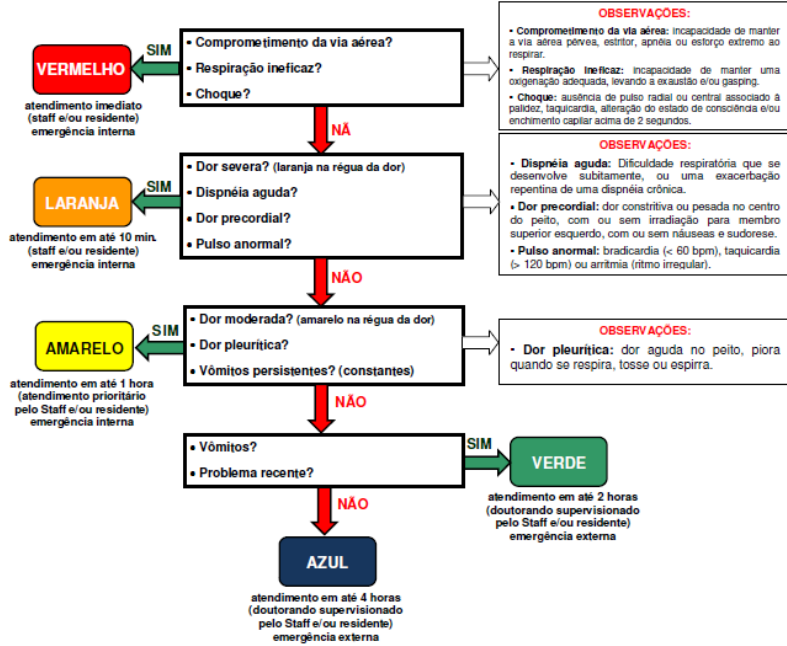


### RÉGUA DA DOR:





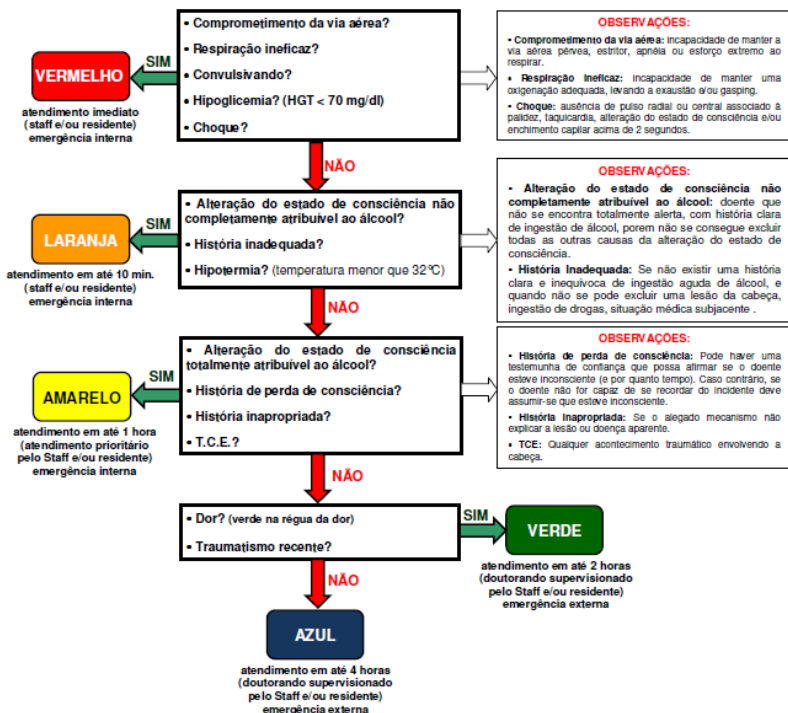
# FLUXOGRAMA 18: DOR TORÁCICA:



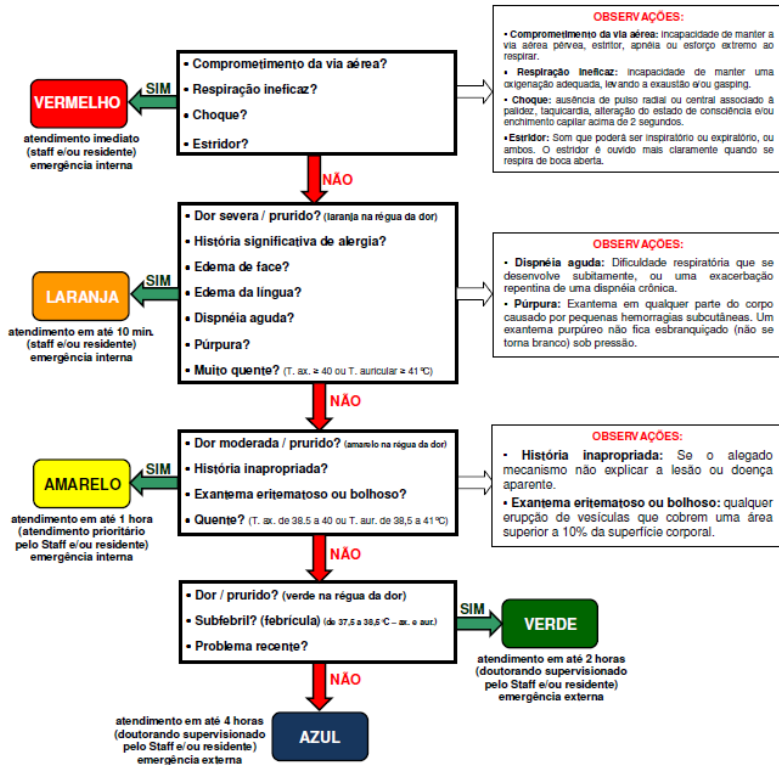
## RÉGUA DA DOR:



## FLUXOGRAMA 19: EMBRIAGUES APARENTE:



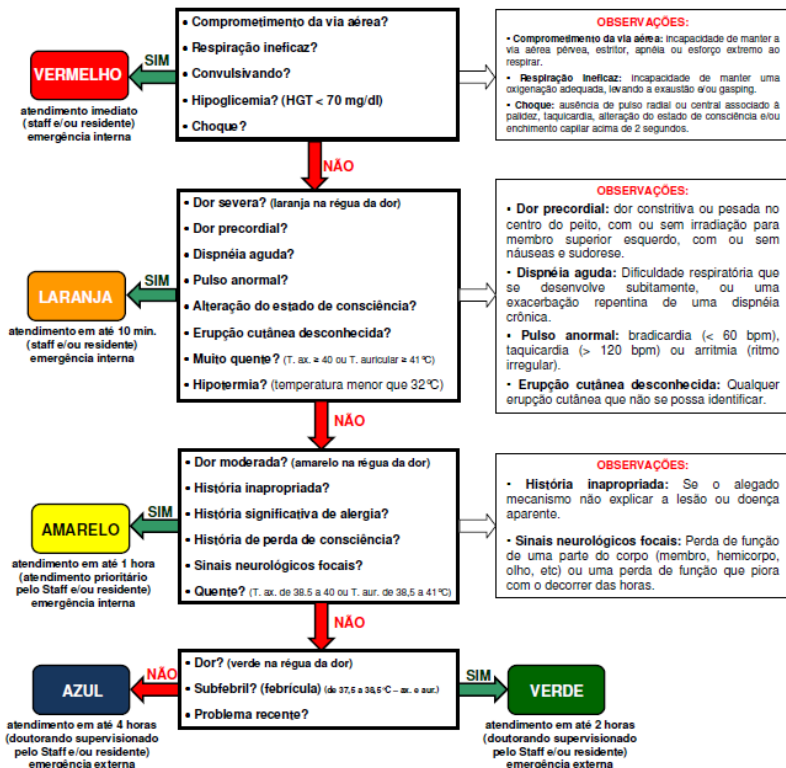
## FLUXOGRAMA 20: ERUPÇÃO CUTÂNEA:



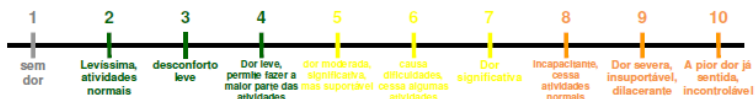
### RÉGUA DA DOR:



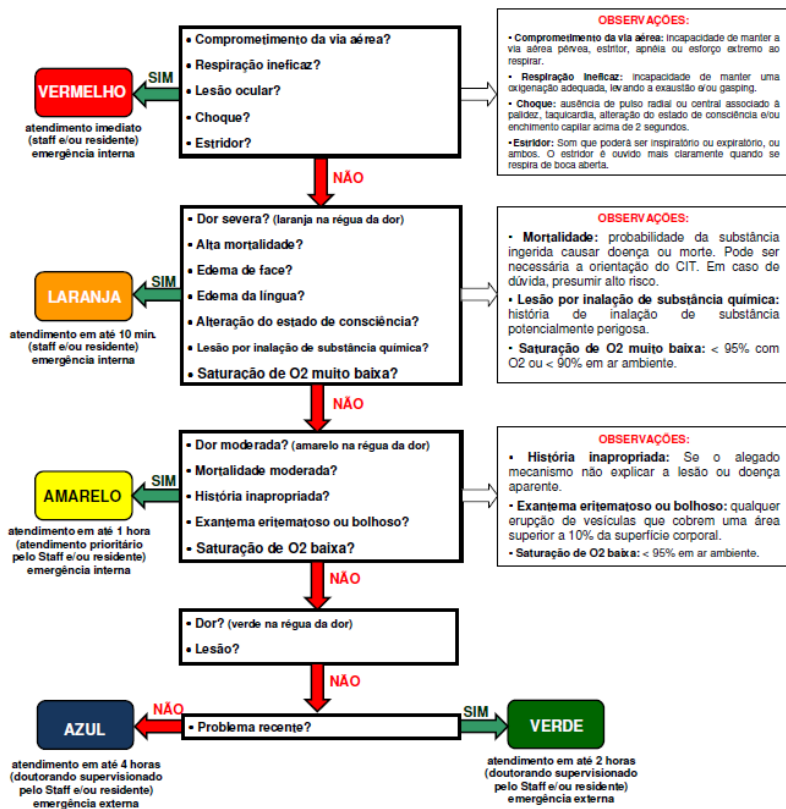
## FLUXOGRAMA 21: ESTADO DE INCONSCIÊNCIA:



### RÉGUA DA DOR:



## FLUXOGRAMA 22: EXPOSIÇÃO A AGENTES QUÍMICOS:

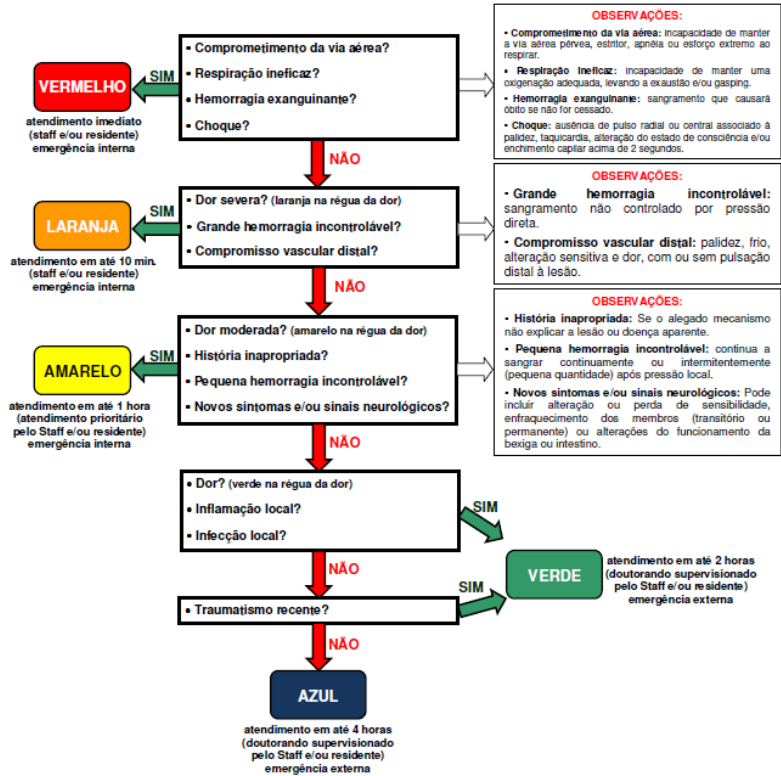


### RÉGUA DA DOR:

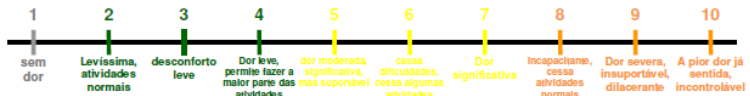


## FLUXOGRAMA 23:

### FERIDAS:

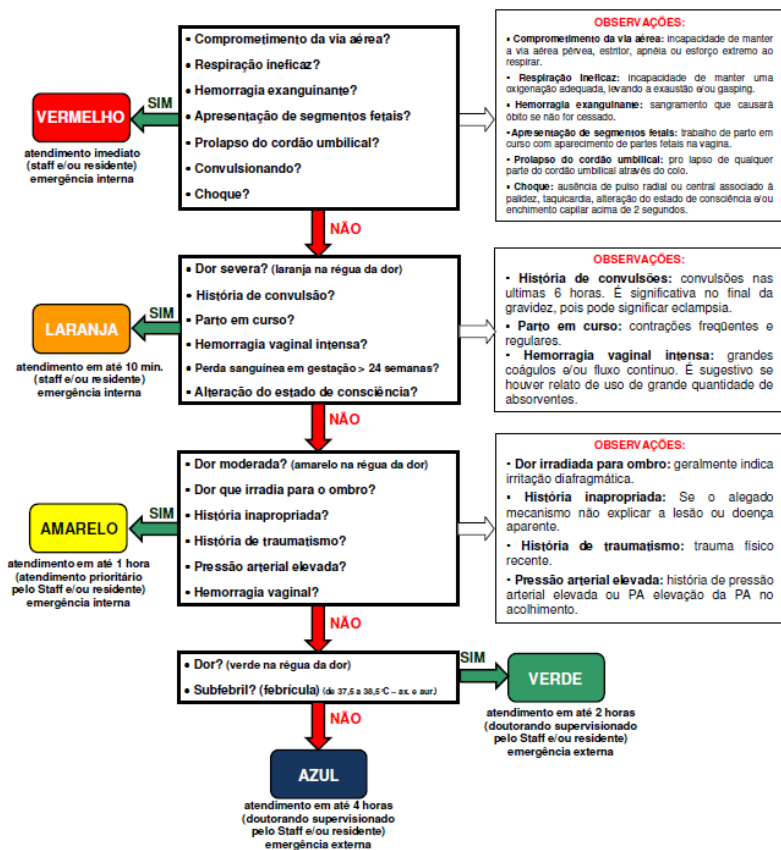


### RÉGUA DA DOR:



# FLUXOGRAMA 24:

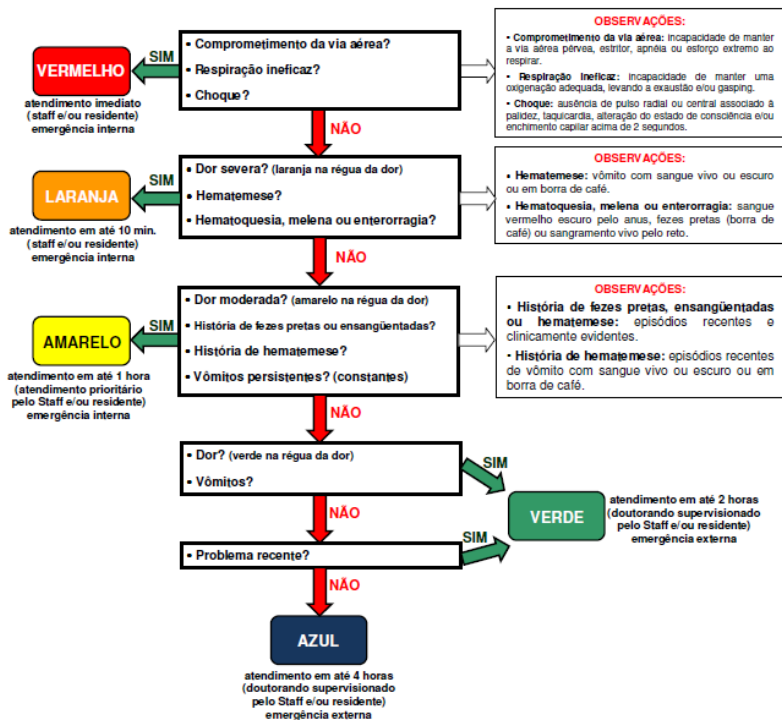
## GRAVIDEZ:



### RÉGUA DA DOR:



## FLUXOGRAMA 25: HEMORRAGIA DIGESTIVA:

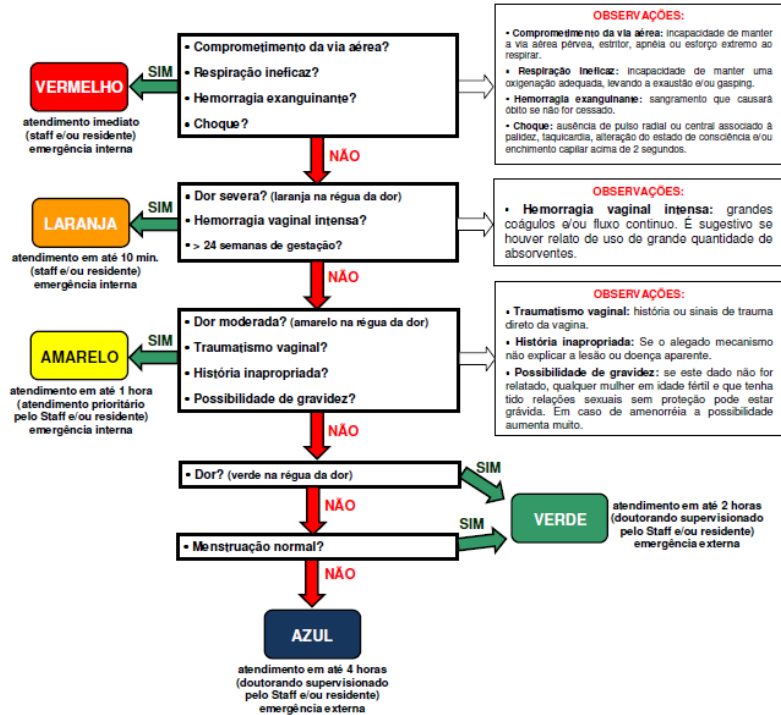


### RÉGUA DA DOR:

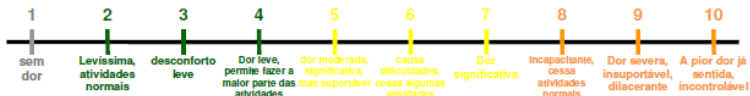




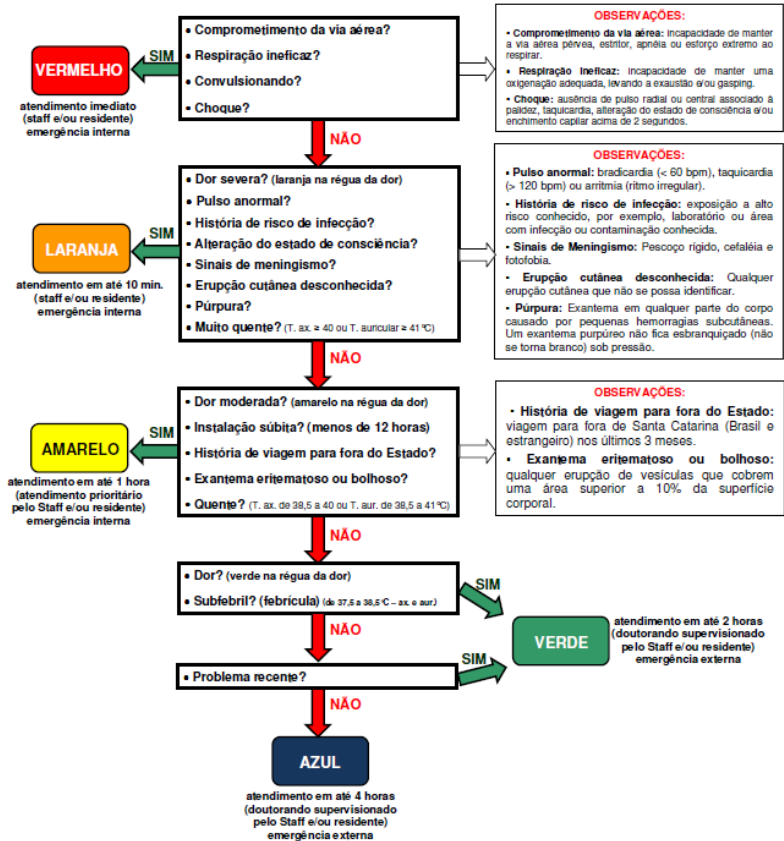
## FLUXOGRAMA 26: HEMORRAGIA VAGINAL:



### RÉGUA DA DOR:



## FLUXOGRAMA 27: MAL ESTAR EM ADULTO:



**OBSERVAÇÕES:**

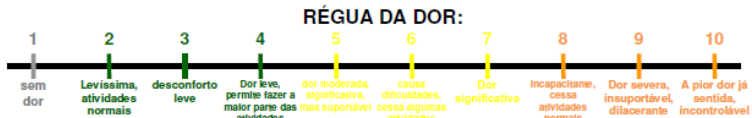
- **Comprometimento da via aérea:** Incapacidade de manter a via aérea permeável, estítor, apnéia ou esforço extremo ao respirar.
- **Respiração ineficaz:** Incapacidade de manter uma oxigenação adequada, levando a exaustão e/ou gasping.
- **Choque:** ausência de pulso radial ou central associado a palidez, taquicardia, alteração do estado de consciência e/ou enchimento capilar acima de 2 segundos.

**OBSERVAÇÕES:**

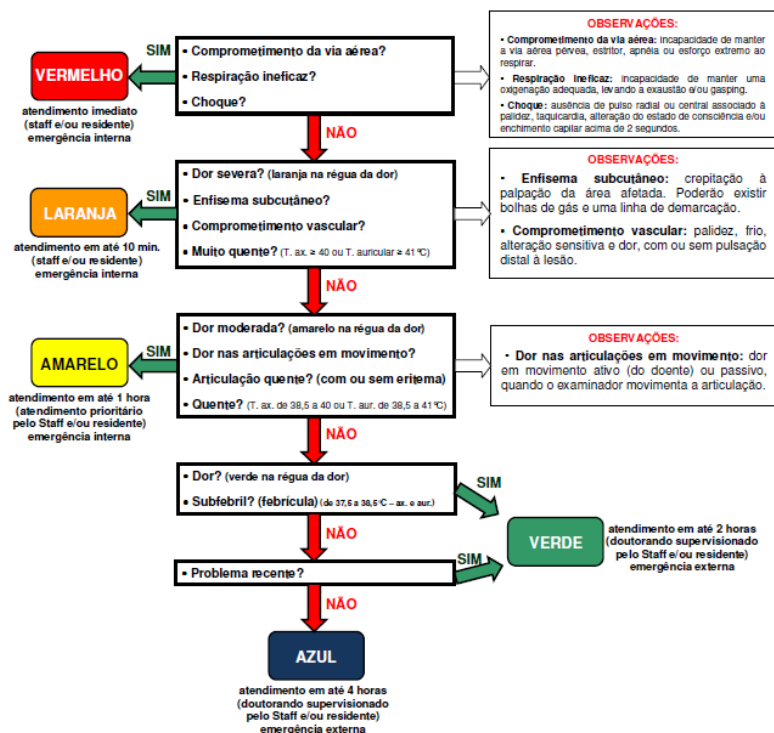
- **Pulso anormal:** bradicardia (< 60 bpm), taquicardia (> 120 bpm) ou arritmia (ritmo irregular).
- **História de risco de infecção:** exposição a alto risco conhecido, por exemplo, laboratório ou área com infecção ou contaminação conhecida.
- **Sinais de Meningismo:** Pescoço rígido, cefaléia e fotofobia.
- **Erupção cutânea desconhecida:** Qualquer erupção cutânea que não se possa identificar.
- **Púrpura:** Exantema em qualquer parte do corpo causado por pequenas hemorragias subcutâneas. Um exantema purpúreo não fica esbranquiçado (não se torna branco) sob pressão.

**OBSERVAÇÕES:**

- **História de viagem para fora do Estado:** viagem para fora de Santa Catarina (Brasil e estrangeiro) nos últimos 3 meses.
- **Exantema eritematoso ou bolhoso:** qualquer erupção de vesículas que cubrem uma área superior a 10% da superfície corporal.



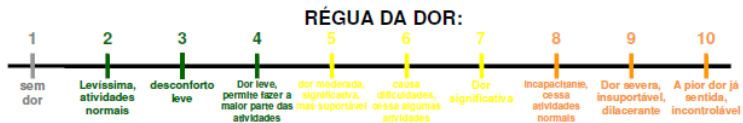
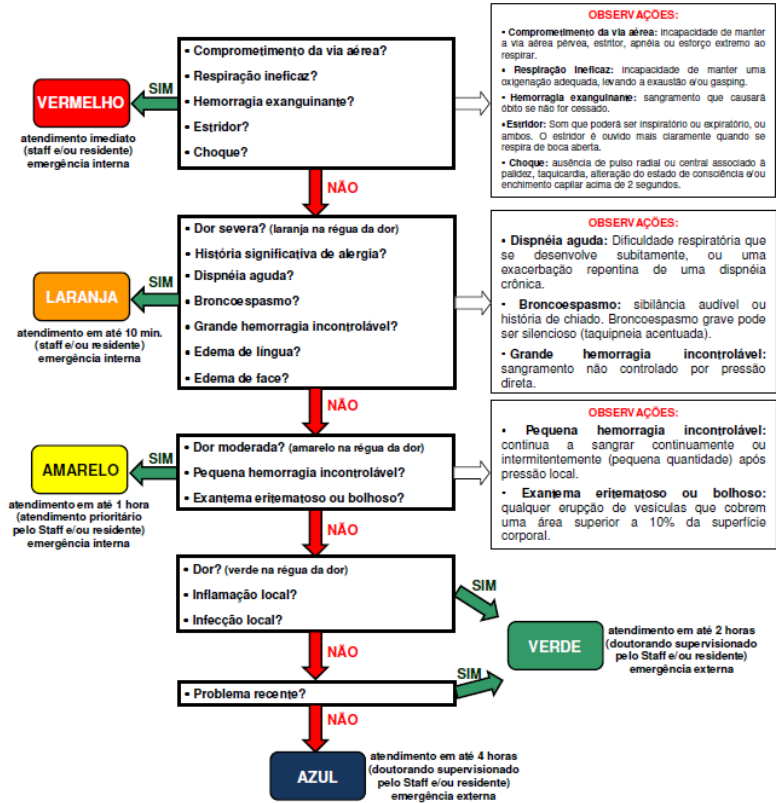
## FLUXOGRAMA 28: INFECÇÕES LOCAIS E ABCESSOS:



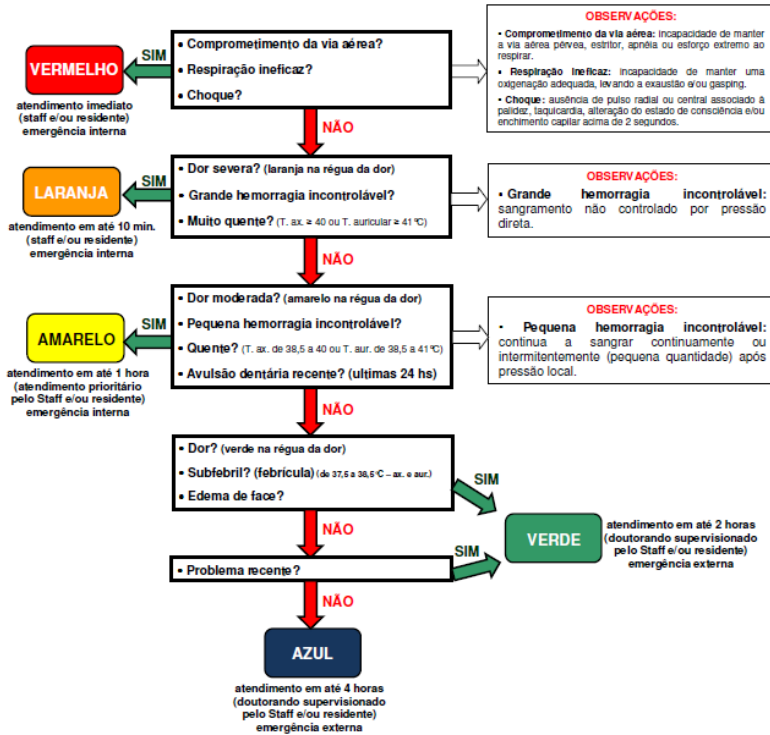
### RÉGUA DA DOR:



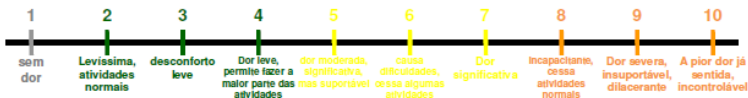
## FLUXOGRAMA 29: MORDEDURAS E PICADAS:



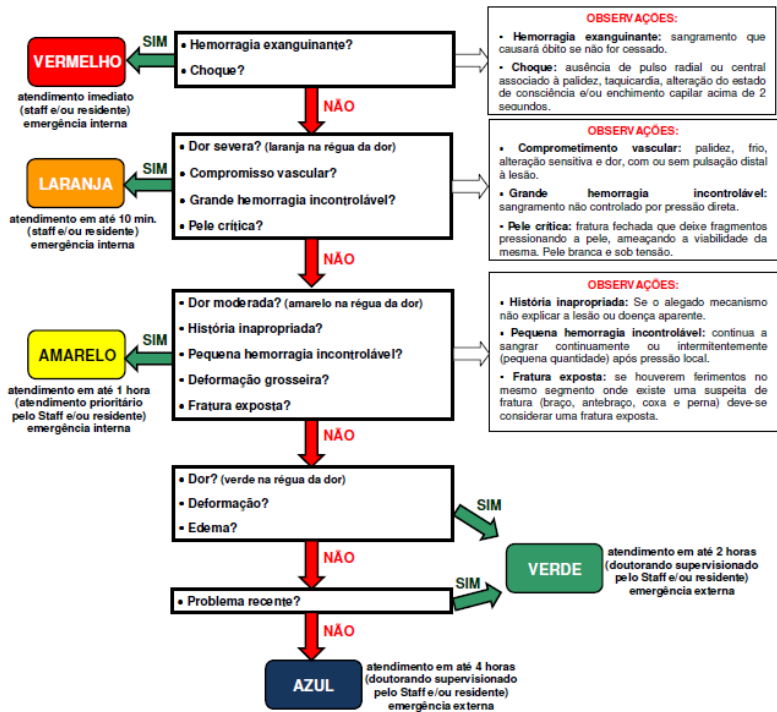
## FLUXOGRAMA 30: PROBLEMAS DENTÁRIOS E GENGIVAIS:



### RÉGUA DA DOR:



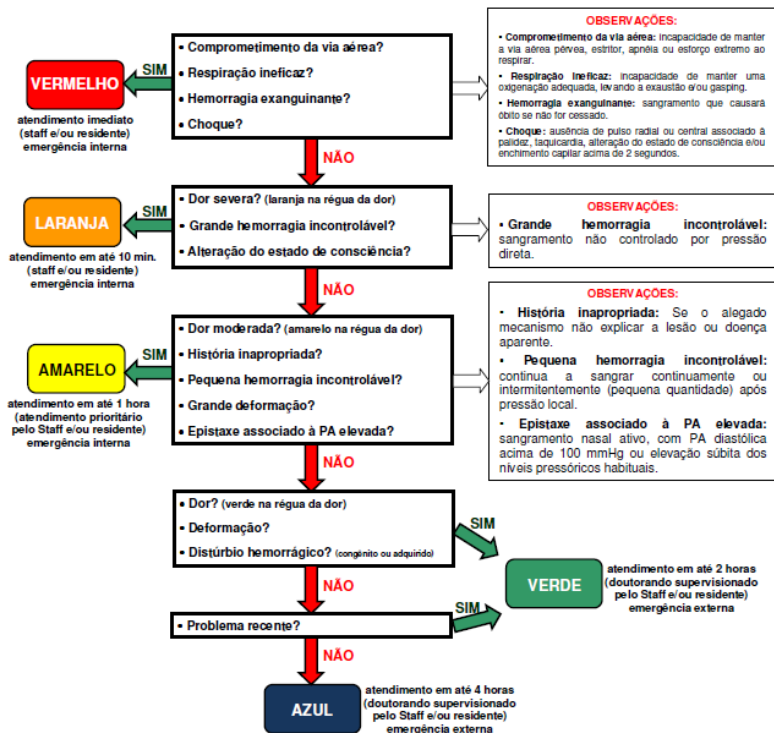
## FLUXOGRAMA 31: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES (MEMBROS):



### RÉGUA DA DOR:



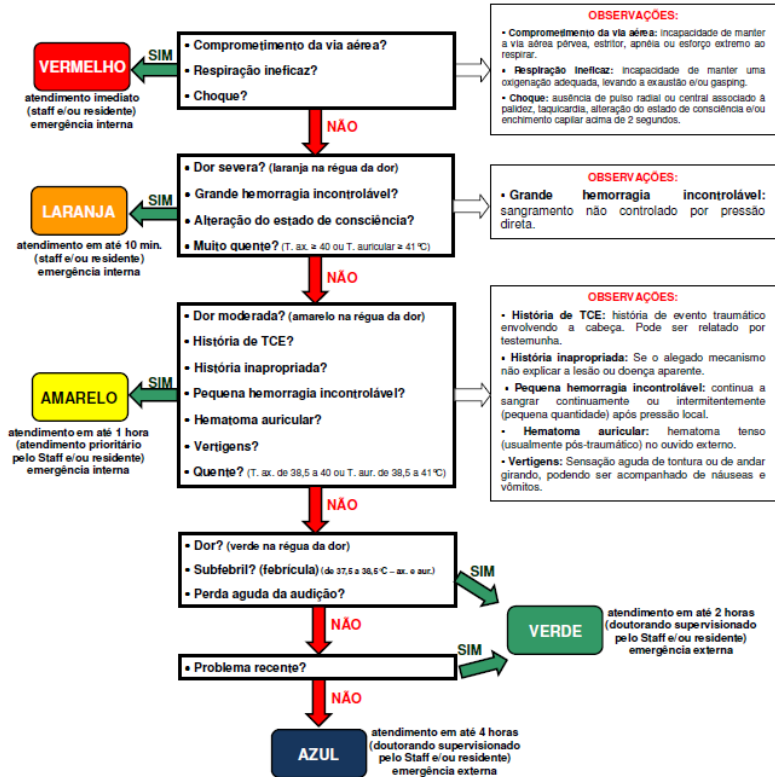
## FLUXOGRAMA 32: PROBLEMAS NASAIS:



### RÉGUA DA DOR:



## FLUXOGRAMA 33: PROBLEMAS NOS OUVIDOS:

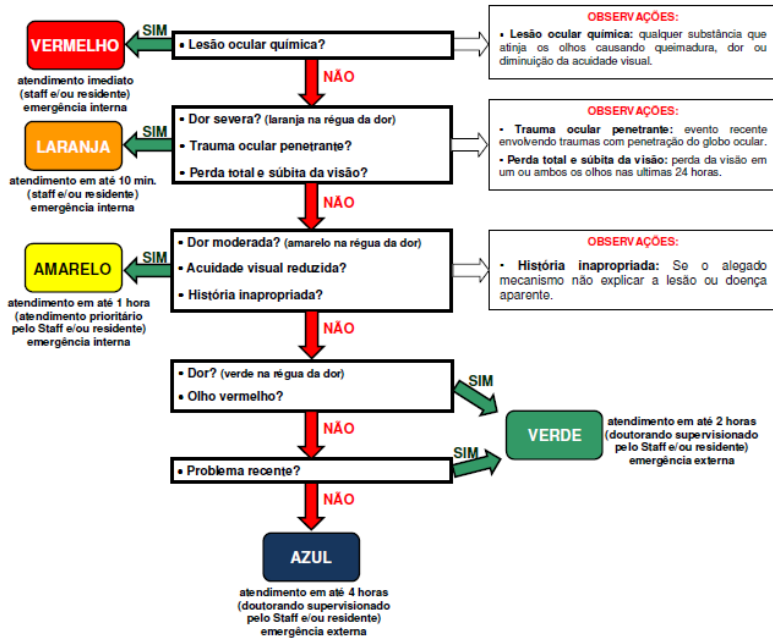


### RÉGUA DA DOR:





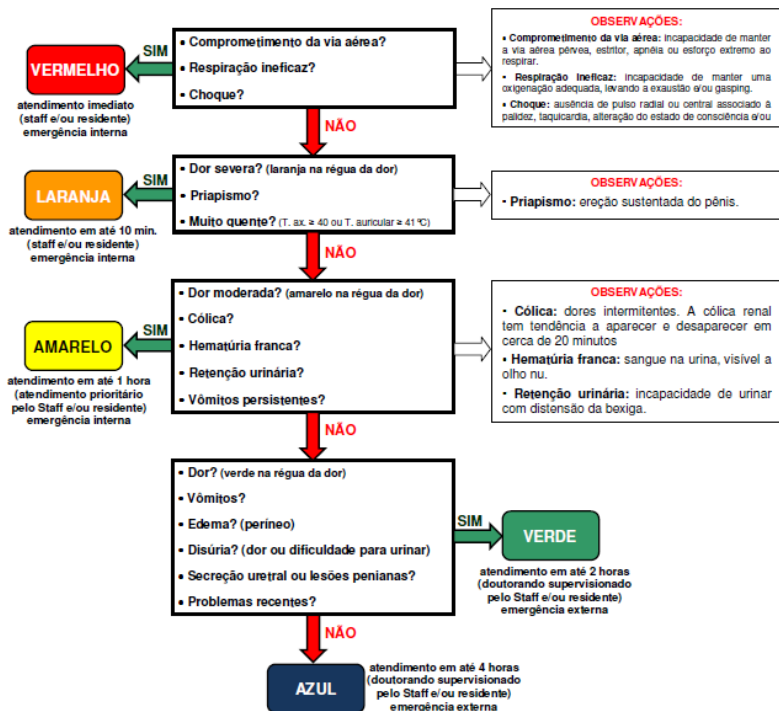
## FLUXOGRAMA 34: PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS:



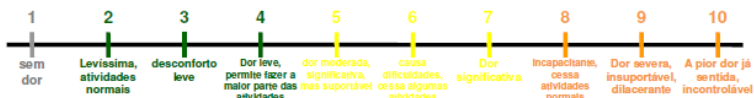
### RÉGUA DA DOR:



## FLUXOGRAMA 35: PROBLEMAS URINÁRIOS E UROLÓGICOS:

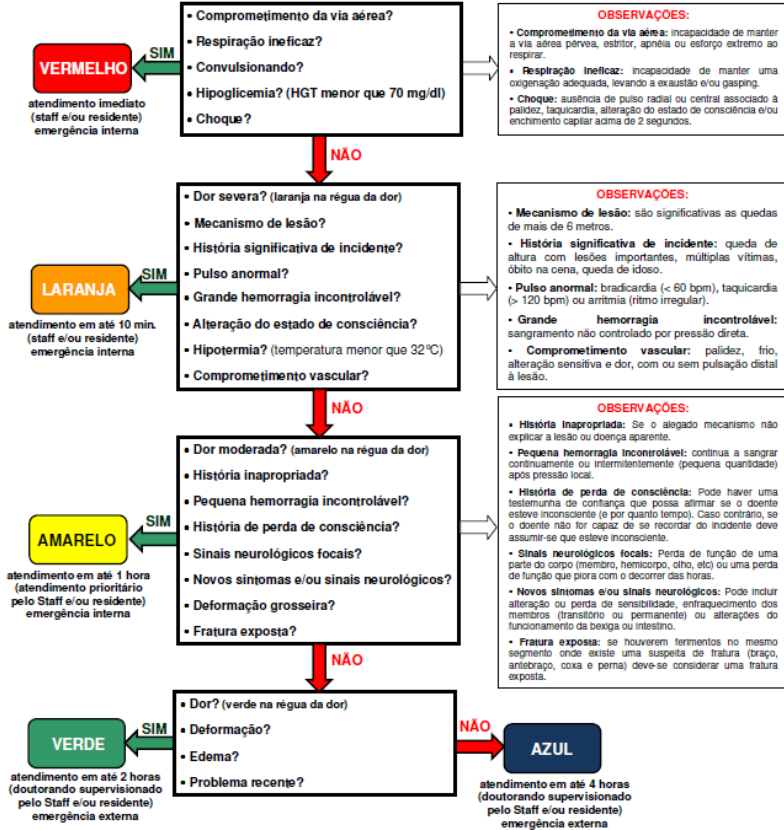


### RÉGUA DA DOR:

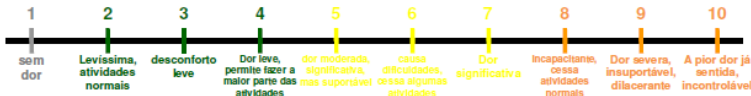


# FLUXOGRAMA 36:

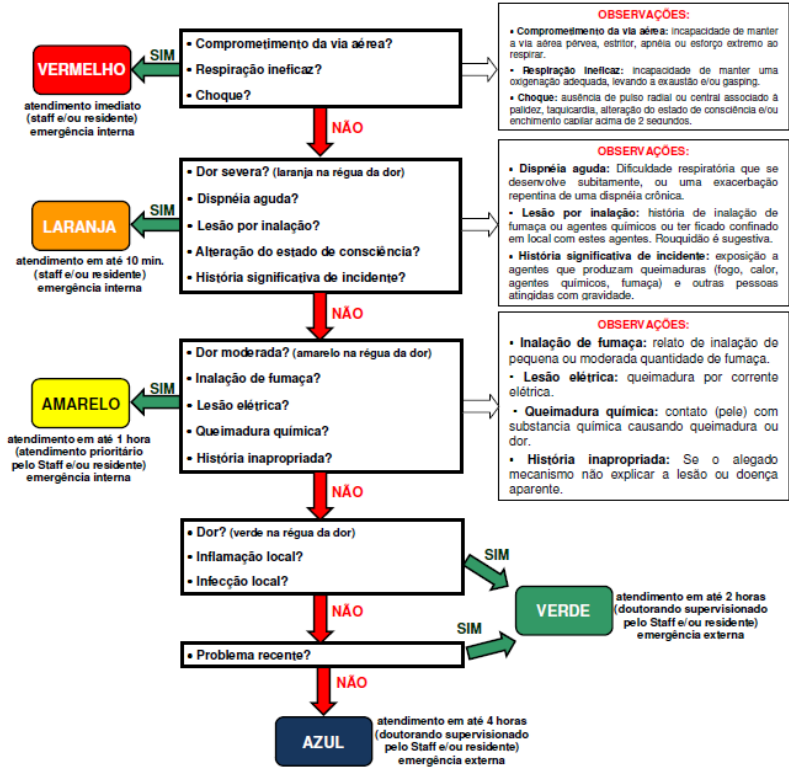
## QUEDAS:



### RÉGUA DA DOR:



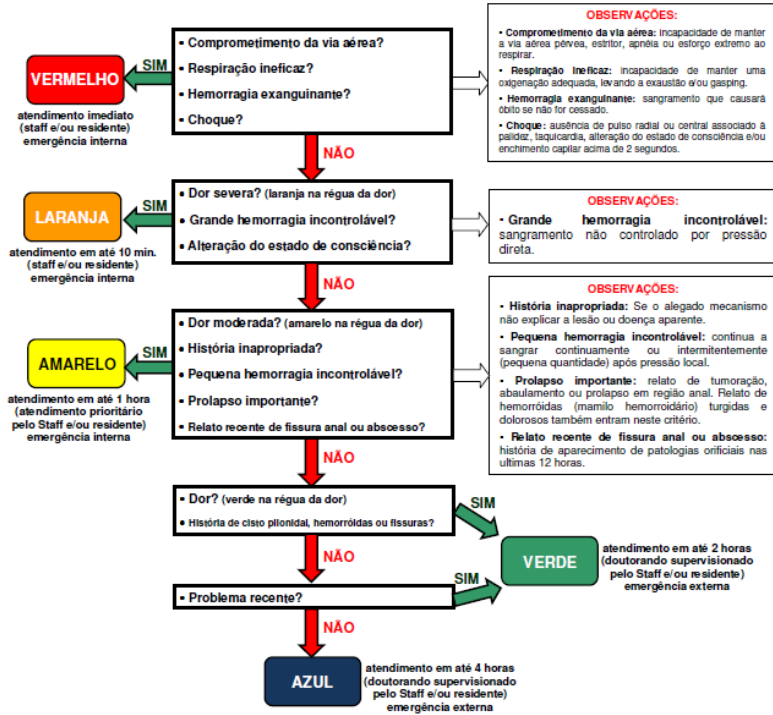
# FLUXOGRAMA 37: QUEIMADURAS PROFUNDAS E SUPERFICIAIS:



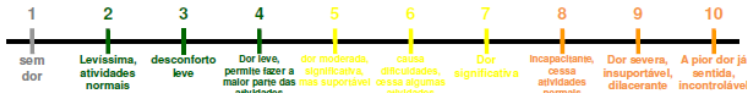
## RÉGUA DA DOR:



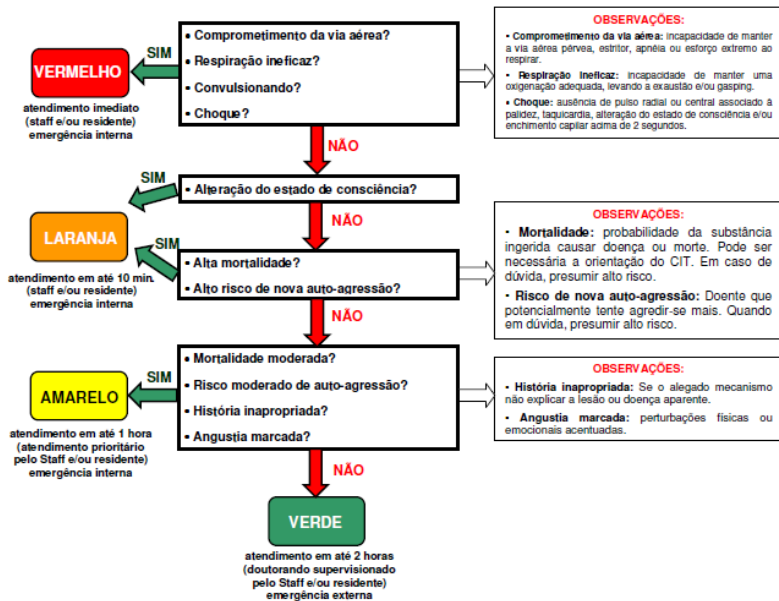
## FLUXOGRAMA 38: QUEIXAS ANAIS:



### RÉGUA DA DOR:

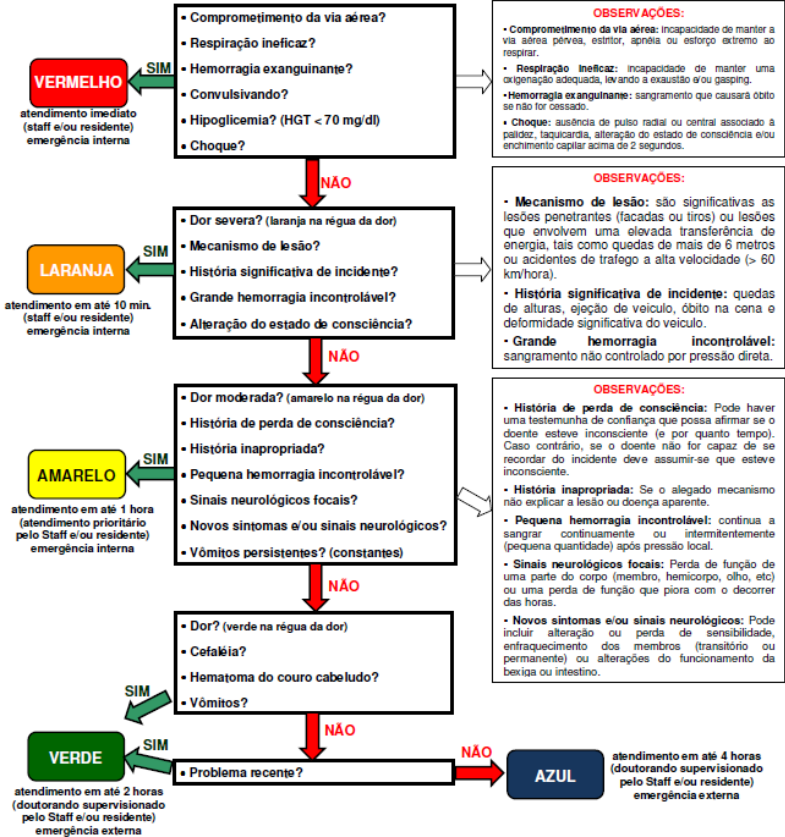


## FLUXOGRAMA 39: SUPERDOSAGEM E ENVENENAMENTO (INTOXICAÇÕES EXÓGENAS):

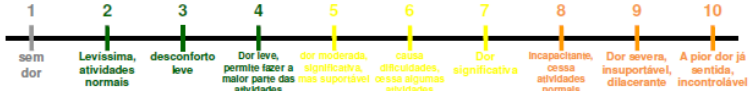


# FLUXOGRAMA 40:

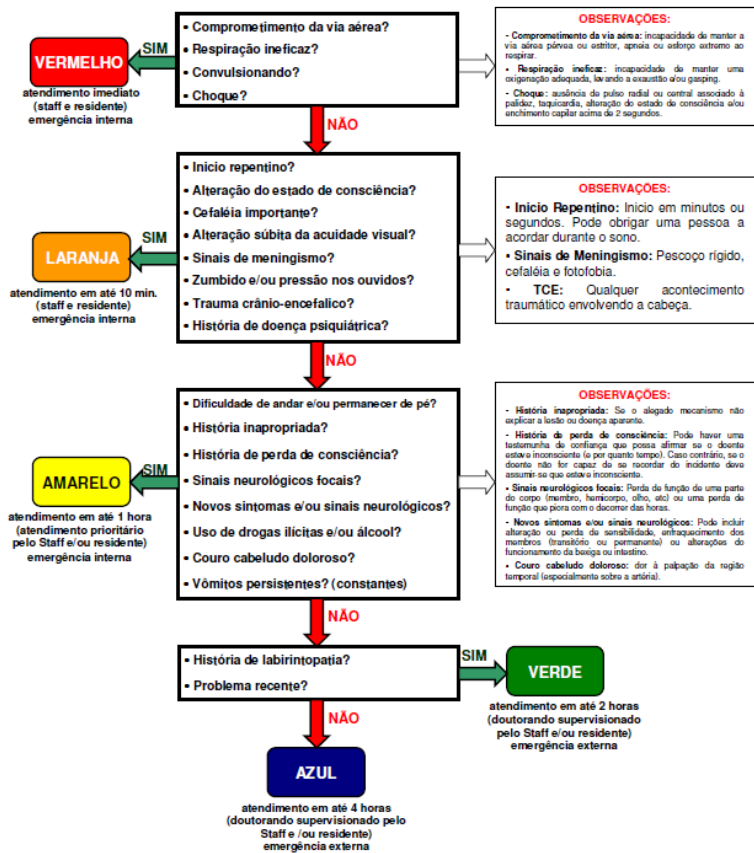
## TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO:



### RÉGUA DA DOR:



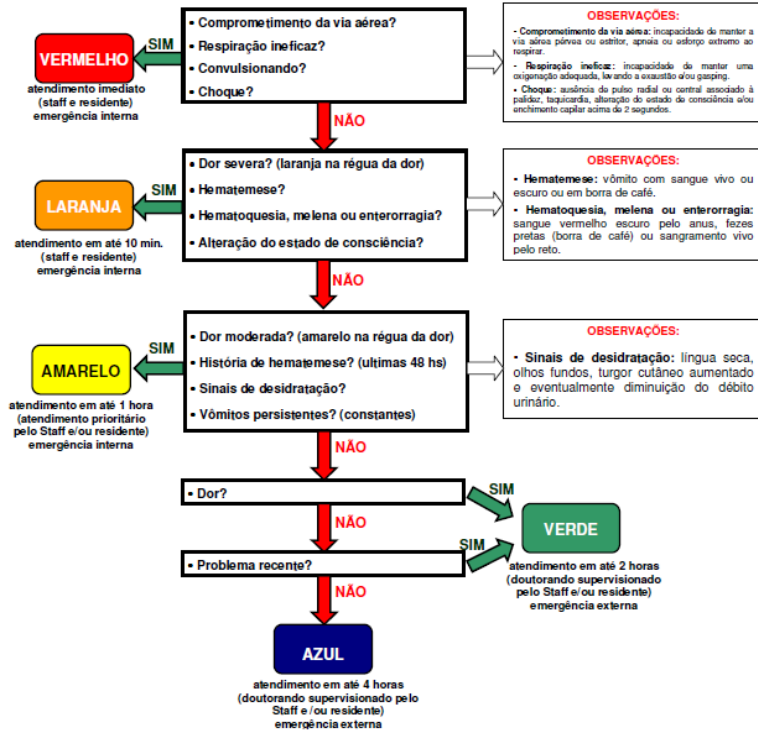
## FLUXOGRAMA 41: VERTIGEM E TONTURAS:





## FLUXOGRAMA 42:

### VOMITOS:



### RÉGUA DA DOR:



# ANEXO B FOLHA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Acurácia de enfermeiros na classificação de risco de uma unidade de emergência adulto de um hospital escola do sul do Brasil.

**Pesquisador:** Kátia Cilene Godinho Bertoncello

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15741513.9.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 355.461

**Data da Relatoria:** 12/08/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Mestrado de Luciana Bihain Hagemann e orientado pela Professora Kátia Cilene Godinho Bertoncello, do Programa de Pos-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde. Estudo qualitativo que será realizado na unidade de emergência adulto de um hospital escola do sul do Brasil a fim de identificar qual acurácia dos enfermeiros no que se refere à avaliação e classificação de risco estabelecida pelo protocolo institucional vigente.

#### Objetivo da Pesquisa:

Investigar a acurácia dos enfermeiros na avaliação e classificação de risco estabelecidas no protocolo institucional.

Avaliar os registros dos dados utilizados para a classificação de risco segundo o protocolo institucional e identificar divergências contidas na avaliação realizada pelos enfermeiros relativa à coleta das informações

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900

**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-9206

**Fax:** (48)3721-9696

**E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 355.461

e estabelecimento de prioridades de atendimento e o preconizado no protocolo de classificação da instituição.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a autora do projeto, "a pesquisa não oferta risco ao individual uma vez que busca analisar a acurácia dos enfermeiros através dos registros obtidos das fichas de entradas dos usuários." Como benefícios, aponta que "a pesquisa fortalece o estudo de acurácia, ainda pouco difundido na área da enfermagem nacional, fortalece in locus local, a avaliação sistemática do modelo de acolhimento institucional, pois desde a sua implantação não houve nenhum feedback, e sabe-se que é relevante a realização de estudos para identificar a acurácia dos profissionais que realizam o acolhimento com avaliação e classificação de risco, uma vez que com este substrato poderá ser aplicado planos de ações para a melhoria do protocolo vigente."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora pede dispensa do TCLE o que não procede diante das características metodológicas da pesquisa, que prevê a utilização de documentação produzida por enfermeiros mediante informações obtidas junto a pacientes. Não há identificação de riscos, embora o procedimento possa gerar constrangimento aos enfermeiros, principalmente se estes forem identificados pelo pesquisador. A pesquisadora terá acesso a informações de pacientes através da análise dos registros de pacientes, o que pode gerar riscos aos mesmos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Nesta nova apresentação do projeto de pesquisa, sua autora anexa TCLE, conforme solicitação do parecer anterior. No TCLE, esclarece que não vai utilizar informações dos usuários, apenas o registro realizado pelo enfermeiro. A pesquisadora salienta, ainda, a garantia de sigilo absoluto em relação aos participantes.

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 355.461

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplica.

**Situação do Parecer:**


Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 09 de Agosto de 2013

  
\_\_\_\_\_  
**Assinador por:** Coordenador do CEP/PPG  
**Washington Portela de Souza**  
(Coordenador)

# ANEXO C - FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

 Universidade Federal de Santa Catarina <b>Hospital Universitário</b>		Nº Emergência <b>474530</b>	Nº Prontuário [Redacted]		
24 <b>Ficha de Atendimento de Emergência</b>			<b>Acolhimento</b>		
Identidade: _____ Cpf: ... _____		Reg. de Nasc. _____ Lv. _____ FL _____			
Paciente: _____ Idade: ## m Dt. nasc. _____ Sexo: _____					
Mãe: _____					
Endereço: _____ CEP - _____ Fone: _____					
Complemento: _____ Pto Referência: _____					
Bairro/Cidade: _____ Turista: N Clínica: _____					
Data/Hora de Chegada: _____	Turno: Matutino	P.A.: 0 0	P.: 0	HGT: 0	Data/Hora saída: _____
F.R.: 0		Temp.: 0		Sat O2.: 0	
Queixa Principal: Enfermeira:					
Sumário Clínico				Exames Solicitados	
[Empty space for clinical summary and exams]					
Tratamento:					
[Empty space for treatment]					
Ao Internar o paciente Informar Prontuário					
<b>Encaminhamento Paciente:</b>		<b>Internar na:</b>			
<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Emerg	<input type="checkbox"/> CMM I	<input type="checkbox"/> CMM II	<input type="checkbox"/> CMM III
<input type="checkbox"/> Transferencia	[Redacted]	<input type="checkbox"/> Ped.	<input type="checkbox"/> CC I	<input type="checkbox"/> CC II	<input type="checkbox"/> C. Gineco.
Profissional Médico					



## APENDICES

APENDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO  
THIAGO**

**FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS  
AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**Valores:**

(88) NA = Não se aplica (quando a questão não se aplica a coleta de dados)

(99) IGN = Ignorado (quando não se sabe a resposta)

**Identificação numérica:** \_\_\_\_\_

**Data do atendimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Questionário</b>	<b>Campo para digitação</b>
<b>Idade (anos)</b>	Id_____
<b>Há registro do Enfermeiro Classificador?</b> ( 0 ) Não ( 1 ) Sim	Enf. classificador _____
<b>Acometimento Principal</b> ( 1 ) Neurológico ( 2 ) Respiratório ( 3 ) Cardiovascular ( 4 ) Intestina ( 5 ) Urinário ( 6 ) Hematológico ( 7 ) Trauma ( 8 ) Tegumentar ( 9 ) Oftalmológico ( 99 ) IGN	Acom_principal _____
<b>Inclui início dos sintomas?</b> ( 0 ) Não ( 1 ) Sim <b>Se Sim:</b> (1) Horas (2)Dias (3)Semanas (4)Meses (5)Anos (88) NA (99) IGN	Inicsint_____
<b>Inclui intensidade dos sintomas?</b> ( 0 ) Não ( 1 ) Sim	Tempsint_____
<b>Inclui intensidade dos sintomas?</b> ( 0 ) Não ( 1 ) Sim	Incluintens_____



<p><b>Se Sim:</b>  (1) Leve (2) Moderado (3) Severo (88) NA  (99) IGN</p>	Tipointen_____
<p><b>Dados escassos acerca do registo?</b>  (0) Não (1) Sim</p>	Dadescas_____
<p><b>Há dados relacionados com a dor?</b>  (0) Não (1) Sim</p> <p><b>Se Sim:</b>  Uso de escala de avaliação da dor?  (0) Não (1) Sim (88) NA</p>	Dadodor_____  Escdor_____
<p><b>Há dados referente à medicação usual?</b>  (0) Não (1) Sim</p>	Medic_____
<p><b>Houve verificação dos SSVV?</b>  (0) Não (1) Sim</p> <p><b>Se Sim:</b>  Pressão Arterial (0) Não (1) Sim (88) NA  FC (0) Não (1) Sim (88) NA  Tax (0) Não (1) Sim (88) NA  Oximetria (0) Não (1) Sim (88) NA  FR (0) Não (1) Sim (88) NA  Glicemia (0) Não (1) Sim (88) NA</p>	Verifssvv_____  PA_____ FC_____ Tax_____ Oxim_____ FR_____ Glic_____
<p><b>Fluxograma atribuído pelo Enfermeiro:</b></p>	Fluxenf_____
<p><b>Classificação atribuída pelo Enfermeiro</b>  (1) Azul (2) Verde (3) Amarelo (4)  Laranja (5) Vermelho (6) Branco</p>	CorEnf_____
<p><b>Fluxograma na Reclassificação:</b></p>	Fluxreclas_____ _
<p><b>Cor na reclassificação:</b>  (1) Azul (2) Verde (3) Amarelo (4)  Laranja (5) Vermelho (6) Branco</p>	Reclcor_____

## APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

**Pesquisa: Acurácia de enfermeiros na classificação de risco de uma unidade de emergência adulto de um hospital escola do sul do Brasil.**

Pesquisadoras responsáveis: Luciana Bihain Hagemann (48) 99025120, Katia Cilene Bertoncello (48) 99199084

Endereço institucional: Centro de Ciências e Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Campus Universitário – Trindade – Florianópolis, Santa Catarina – Brasil. CEP: 88040-900.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a acurácia dos enfermeiros na avaliação e classificação de risco estabelecidas no protocolo institucional do HU-UFSC, e assim, contribuir para identificar os possíveis desajustes ou não relativos à acurácia dos profissionais enfermeiros que realizam o acolhimento com avaliação e classificação de risco.

Espera-se com os resultados desta pesquisa que seja favorecido a adoção de estratégias para adequação e melhora no protocolo de acolhimento com classificação de risco, uma vez que desde a sua implantação ainda não teve nenhuma avaliação sistemática. Além de poder contribuir com outras instituições, que eventualmente, vivenciem problemas semelhantes.

Esta pesquisa constará: A coleta de dados referente ao registro realizado pelo Enfermeiro classificador do acolhimento. Em nenhum momento serão utilizadas informações dos usuários.

A partir da ficha de entrada, e do registro do Enfermeiro classificador, estes dados serão replicados em uma ficha específica para de coleta de dados seguindo os discriminadores dos fluxogramas do

protocolo de acolhimento com classificação de risco do HU/UFSC.

Uma nova classificação seguindo o protocolo será realizada, baseada na classificação inicial. A prosseguir, será avaliado estatisticamente a concordância (ascurácia) entre a primeira classificação do enfermeiro e a nova classificação gerada pelo estudo.

A participação no projeto de pesquisa não implicará em ônus e, em caso de despesas ou danos aos participantes decorrentes da pesquisa, estes serão devidamente ressarcidos por meio de indenização. A pesquisa não oferece risco aos envolvidos, pois se trata de um estudo retrospectivo, com coleta de dados em fichas de entrada. Salienta-se que os dados obtidos serão divulgados apenas com fins científicos, sendo garantido o sigilo absoluto quanto ao nome e identificação dos participantes.

Você poderá retirar a qualquer momento o consentimento de sua participação no estudo sem nenhum prejuízo de qualquer ordem ou natureza.

Prevê-se realizar a pesquisa durante os meses de Setembro a dezembro de 2013. Sendo que ao término da pesquisa, você será informado dos resultados por meio de publicações científicas e divulgação dos resultados no local do estudo.

- Nome do Pesquisador: \_\_\_\_\_

- Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do Sujeito ou Responsável: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

### **DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Eu, Luciana Bihain Hagemann, portadora do CPF: 017.652.310-35, residente da cidade de Florianópolis –SC, comprometo-me em ressarcir/ indenizar quaisquer dano causado ao participante decorrente da pesquisa mencionada neste documento.

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_