



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Bruna Ticyane Müller Narzetti

**Acurácia da Classificação de Risco informatizada realizada por enfermeiros de uma
Unidade Hospitalar de Emergência adulto**

Florianópolis
2019

Bruna Ticyane Müller Narzetti

**Acurácia da Classificação de Risco informatizada realizada por enfermeiros de uma
Unidade Hospitalar de Emergência adulto**

Manuscrito apresentado junto ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Saúde – Área de Concentração Urgência e Emergência.

Orientadora: Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello

Florianópolis
2019

ACURÁCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO INFORMATIZADA REALIZADA POR ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA ADULTO

Bruna Ticyane Müller Narzetti¹
Kátia Cilene Godinho Bertoncello²

RESUMO

Considerando a relevância da avaliação de ferramentas relacionadas à assistência à saúde para seu aprimoramento nos serviços de urgência e emergência, este estudo tem como objetivo avaliar a aplicação do protocolo informatizado de acolhimento com classificação de risco, por meio da reclassificação das fichas selecionadas, a partir dos registros realizados pelos enfermeiros de uma unidade hospitalar de emergência. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e retrospectivo. Realizado no serviço de Emergência adulto de um Hospital Universitário (HU), localizado no estado de Santa Catarina, a partir das fichas de atendimento do acolhimento com classificação de risco do período de agosto a dezembro de 2018. A amostra foi constituída de 94 fichas de atendimento, selecionados aleatoriamente. Os dados foram analisados por meio do programa *R Core Team* e o grau de concordância se obteve pelo coeficiente Kappa. A concordância geral entre a classificação de risco realizada pelos enfermeiros e reclassificação com base no protocolo institucional foi fraca, com valor Kappa = 0,24, sendo evidenciada discordância em todos os níveis de prioridade. Houve subestimação e superestimação da classificação de risco atribuída pelos enfermeiros em relação ao protocolo. Recomendam-se estudos futuros que busquem identificar os motivos das discordâncias, permitindo traçar estratégias direcionadas ao aumento da confiabilidade da avaliação do enfermeiro bem como reavaliação da eficácia do protocolo em uso.

Palavras-chave: Enfermagem em Emergência; Serviços Médicos de Emergência; Acurácia dos Dados; Acolhimento.

ABSTRACT:

Considering the relevance of the evaluation of tools related to health care for its improvement in the emergency and emergency services, this study aims to evaluate the application of the computerized protocol of reception with risk classification, through the reclassification of the selected forms, from the records made by nurses of an emergency hospital unit. It is a quantitative, cross-sectional and retrospective study. It was carried out in the adult emergency service of a University Hospital (HU), located in the state of Santa Catarina, from the care forms of the reception with risk classification from August to December 2018. The sample consisted of 94 care forms, randomly selected. The data were analyzed through the R Core Team program and the degree of agreement was obtained by the Kappa coefficient. The general agreement between the risk classification performed by nurses and reclassification based on institutional protocol was weak, with Kappa value = 0.24, being evidenced disagreement in all levels of priority. There was underestimation and overestimation of the risk classification assigned by nurses in relation to the protocol. Future studies are recommended to identify the reasons for the disagreements, allowing strategies to be designed to increase the reliability of the nurse's evaluation, as well as reassessing the effectiveness of the protocol in use.

¹ Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Urgência e Emergência. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: brunamuller_narzetti@hotmail.com.

² Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: kbertoncello@yahoo.com.br.

Keywords: Emergency Nursing; Emergency Medical Services; Data Accuracy; User Embracement.

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência têm um importante papel na rede de atenção à saúde, configuram-se como portas de entrada destinadas a assistência de agravos clínicos ou cirúrgicos agudos. Porém, devido à crescente procura por tais serviços tem ocorrido aumento no número de atendimentos e do tempo de permanência dos usuários, gerando superlotação no setor (GODOI et al., 2016).

Para Droggett et al. (2018) a superlotação demonstra o desequilíbrio entre procura por cuidados de saúde e a capacidade de resposta do sistema, que pode ser agravada por problemas organizacionais, como a triagem sem estabelecimento de critérios de atendimento. A priorização de atendimento de acordo com a ordem de chegada não é efetiva, manifestando a necessidade de estabelecer critérios clínicos de classificação e avaliação dos usuários a serem atendidos (COELHO; STEIN, 2016).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização, propôs um protocolo que define a prioridade de atendimento conforme a gravidade do caso, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Trata-se de uma ferramenta que busca acolher a demanda do usuário e priorizar os casos com gravidade, sistematizando o atendimento para que seja mais ágil, seguro e humanizado, gerando redução nas filas e no tempo de espera (OLIVEIRA et al., 2017).

Nogueira et al. (2016) discorrem que, apesar de necessária a participação de toda equipe multiprofissional para o sucesso do ACCR, o enfermeiro é o profissional mais indicado para desempenhar esta função, considerando que a classificação de risco não é de caráter diagnóstico e sim de identificação de prioridades no atendimento. Para embasar a prática do enfermeiro no ACCR são utilizados protocolos assistenciais que se caracterizam como instrumentos, organizados por meio de fluxogramas, que padronizam as ações e fornecem respaldo legal para as decisões tomadas (RONCALLI et al., 2017).

Os protocolos para classificação de risco mais utilizados mundialmente são: *Australian Triage Scale*, *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*, *Emergency Severity Index* e *Manchester Triage Scale*. No Brasil, as instituições de saúde utilizam desses protocolos na íntegra ou, na maioria das vezes, desenvolvem seus próprios protocolos adaptados e/ou baseados nesses, respeitando a realidade de cada região. No cenário desta pesquisa, a instituição faz uso de um protocolo informatizado adaptado da *Manchester Triage Scale* (HERMIDA et al., 2018).

Quando se pensa em qualidade de serviços hospitalares, Droggett et al. (2018) discursam sobre a necessidade de avaliar o processo de trabalho que vem se desenvolvendo bem como os protocolos, sistemas, programas que o embasam. Na área da saúde, a avaliação é conceituada como aferição dos resultados obtidos baseados na assistência prestada, tendo em vista a qualidade da estrutura e dos processos de atendimento. Tal avaliação pode trazer importantes contribuições para as instituições, pois possibilita avaliar o processo de classificação de risco, a efetividade do protocolo utilizado, e, o estabelecimento de estratégias de melhorias que garantam mais eficiência e eficácia no atendimento (MENDES et al., 2018).

Considerando a relevância da avaliação de ferramentas relacionadas a assistência à saúde, para seu aprimoramento nos serviços de urgência e emergência, pergunta-se: qual a acurácia da aplicação de um protocolo institucional informatizado de classificação de risco realizado por enfermeiros de uma unidade hospitalar de emergência adulto?

O estudo tem como objetivo avaliar a acurácia da aplicação do protocolo informatizado de acolhimento com classificação de risco.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e retrospectivo. Realizado no serviço de Emergência adulto de um Hospital Universitário (HU), do Sul do país. A unidade de emergência é uma das portas de entrada do hospital, e divide seus atendimentos em clínicos e cirúrgicos. O acolhimento com classificação de risco funciona em todos os turnos e é realizado em consultório próprio destinado a este fim, exclusivamente por enfermeiros.

Para a classificação dos pacientes, a instituição utiliza de um Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco construído com base em evidências científicas e em consulta a protocolos editados pelo Ministério da Saúde, como: Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia; Caderno de Atenção Básica, número 28, volume II, de Acolhimento com Classificação; outros protocolos disponíveis por meio eletrônico como de Fortaleza/CE e São Luiz/MA; e o Sistema Manchester de Classificação de Risco (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2014).

O protocolo de acolhimento com classificação de risco do HU está estruturado em níveis de prioridades de acordo com cores, conforme segue: Prioridade 1: Prioridade máxima, cor vermelha, tempo alvo: 0 minutos; Prioridade 2: Alta, cor laranja, tempo alvo: 15 minutos; Prioridade 3: Média, cor amarelo, tempo alvo: 60 minutos; Prioridade 4: Baixa, cor verde, tempo alvo: 120 minutos; Prioridade 5: Mínima, cor azul; tempo alvo: 240 minutos ou mais.

Esse protocolo encontra-se informatizado na instituição no mesmo programa de registro hospitalar utilizado em todos os setores. Porém, após classificadas no sistema, as fichas são salvas no sistema e impressas para encaminhar ao atendimento médico.

Os dados foram coletados no próprio sistema, que possibilita resgatar as fichas que foram classificadas e gravadas no programa. A população da amostra foram as 3.907 fichas de atendimento de pacientes no setor de emergência adulto, que foram avaliados e classificados conforme o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco, do período de 01 de agosto de 2018 a 31 de dezembro de 2018.

Para realização do cálculo amostral foi utilizado o *website* SEstatNet® e obteve-se a amostra de 94 fichas de atendimento. A amostra deste estudo é não probabilística, com cálculo de intervalo de confiança (IC) de 95%. Para atingir a amostra de 94 fichas de atendimento, optou-se por sortear aleatoriamente 18 fichas de atendimento para os meses pares e 20 fichas para os meses ímpares.

CrITÉRIOS de inclusão utilizados: fichas constando registro realizado pelo enfermeiro da queixa principal apresentada pelo paciente, os sinais clínicos verificados no momento do atendimento, o fluxograma e discriminador escolhido para classificar o risco e a prioridade atribuída ao atendimento (azul, verde, amarelo, laranja, vermelho). Foram excluídas do estudo as fichas que não passaram pela classificação de risco e que não apresentavam o nível de prioridade de atendimento atribuído.

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador e ocorreu nos meses de junho a agosto de 2019. Os dados foram transcritos para uma tabela no programa *Excel*® da *Microsoft*® versão 2010 14.0.7, as variáveis utilizadas foram: pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), saturação periférica de oxigênio (SpO₂), temperatura corporal (T°), e glicemia capilar; a queixa principal do paciente registrada pelo enfermeiro, incluindo nível de dor, o fluxograma e discriminador utilizado e, a classificação de risco atribuída ao atendimento. Para a análise de dados foi utilizado o programa *R Core Team* 3.0.1 para obtenção do grau de concordância nos níveis de classificação de risco do enfermeiro e a reclassificação encontrada no estudo como também o grau de concordância geral.

Para o processo de reclassificação das fichas foram analisadas as informações registradas pelo enfermeiro classificador, como por exemplo: queixa principal, tipo e

intensidade dos sintomas, história pregressa e sinais vitais, que possibilitou ao enfermeiro determinar o nível de prioridade do usuário.

Na reclassificação houve a aplicação do mesmo protocolo institucional e, a partir dos dados obtidos, foi possível identificar se o fluxograma e a classificação de risco (nível de prioridade) atribuídas naquela ficha foi a mesma obtida na reclassificação, ou se estavam em desacordo com a queixa apresentada.

Para verificar a acurácia entre a classificação atribuída ao enfermeiro avaliador e a reclassificação foi empregada análise estatística por meio do coeficiente de concordância de Kappa (Kappa de Cohen). O coeficiente Kappa avalia o grau de concordância além do que seria esperado, tão somente pelo acaso. Essa medida tem uma escala de valores onde 1 significa total concordância e os valores próximo ou abaixo de zero indicam fraca ou nenhuma concordância. Um eventual valor de Kappa menor que zero, negativo, indica que a concordância encontrada foi menor que o esperado por acaso. Sugere, portanto, discordância, mas seu valor não tem interpretação como intensidade de discordância (MCHUGH, 2012).

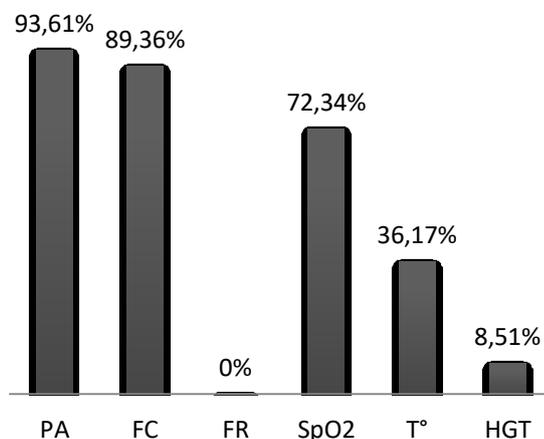
Para este estudo considerou-se sem concordância quando menor que zero, concordância pobre para Kappa com valores entre 0 e 0,20, fraca entre 0,21 e 0,40, moderada entre 0,41 e 0,60, substancial entre 0,61 e 0,80 e concordância quase perfeita entre 0,81 e 1,00 (MCHUGH, 2012).

3 RESULTADOS

Os dados obtidos foram organizados de maneira a exibir a análise das fichas utilizadas no estudo, a partir do registro realizado pelo enfermeiro classificador, evidenciar as divergências apresentadas, e determinar a acurácia de classificação de risco por meio da concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional.

Em relação às informações de sinais clínicos importantes para a classificação, destaca-se que, a partir da análise geral dos dados levantados (n=94 100%) não foram encontradas fichas completamente preenchidas, mas contendo o registro de pelo menos um elemento. Dos sinais vitais mais prevalentes destaca-se a Pressão Arterial (PA) em 93,61% (n=88) das fichas, a Frequência Cardíaca em 89,36% (n=84) e a Saturação periférica de Oxigênio (SpO₂) observada em 72,34% (n=68) das fichas analisadas. Destaca-se ainda, o sinal vital Frequência Respiratória que não foi identificado na totalidade da amostra (n=0, 0%), conforme representado no gráfico abaixo.

Gráfico 1 - Distribuição do registro dos sinais clínicos conforme levantamento das 94 fichas de atendimento com avaliação e classificação de risco.



Fonte: Elaborado pelos autores.

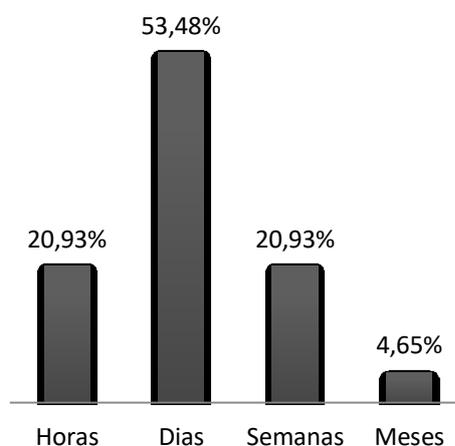
Legenda: PA: Pressão arterial; FC: Frequência cardíaca; FR: Frequência respiratória;

SpO₂: Saturação periférica de oxigênio; HGT: Hemoglicoteste (glicemia capilar).

Ainda em relação ao registro de verificação dos sinais, 75,53% (n=71) das fichas de atendimento avaliadas apresentaram três ou mais sinais verificados, e 24,46% (n=23) continham dois ou apenas um sinal verificado no momento do acolhimento.

A partir dos dados levantados, das 94 (100%) fichas de atendimento pouco menos da metade dos pacientes, 45,74% (n=43) tiveram avaliação quanto ao início dos sintomas. Daqueles, conforme o gráfico abaixo, é possível identificar que na maioria dos casos o início dos sintomas estava concentrado em um período de dias, 53,48% (n=23).

Gráfico 2 - Distribuição do registro do início dos sintomas conforme levantamento das 94 fichas de atendimento com avaliação e classificação de risco.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Outro dado importante analisado nas fichas de atendimento refere-se ao registro de dor, identificado em 63,82% (n=60) dos casos, e em 36,17% (n=34) essa informação foi omitida. Das fichas com registro de dor, 15% (n=9) apresentavam descrição da intensidade da dor sendo a Dor Intensa predominante, 11,66% (n=7). E, em 5% (n=3) dos casos o enfermeiro classificador utilizou da escala da dor.

Avaliou-se também o registro, nas fichas de atendimento, de comorbidades relatadas pelos pacientes, sendo identificadas em 21,27% (n=20) dos casos.

Quanto ao processo de reclassificação das fichas estudadas, destaca-se que dentre as 94 (100%) fichas selecionadas não foi possível refazer a classificação de risco em 05 (5,31%) delas, devido fragilidade encontrada no registro das informações, motivo pelo qual foram retiradas da análise de concordância. Portanto, exclusivamente nesse processo o n=89 (100%).

Quanto à concordância geral entre a classificação de risco realizada pelos enfermeiros e reclassificação com base no protocolo institucional, obteve-se um valor de Kappa=0,24, considerada concordância fraca.

A tabela abaixo apresenta uma análise geral da concordância entre os enfermeiros classificadores e o protocolo institucional. Observou-se que a avaliação do risco foi igual na classificação e na reclassificação em 56,17% (n=50). Ainda, constatou-se que 19,10% (n=17) das fichas que inicialmente foram classificadas como “amarelo” na reclassificação tornaram-se “verde”. 14,60% (n=13) das amarelas foram reclassificadas como “laranja”, e, 4,49% (n=4) das fichas classificadas como “laranja” inicialmente, passaram para “amarelo” na reclassificação.

Tabela 1 - Índice de concordância entre enfermeiros classificadores e o protocolo institucional de classificação de risco (n=89)

	Classificação	Reclassificação					Total classificação
		Azul	Verde	Amarelo	Laranja	Vermelho	
	Azul	1 (1,12%)	0	0	0	0	1 (1,12%)
	Verde	1 (1,12%)	12 (13,48%)	1 (1,12%)	0	0	14 (15,73%)
	Amarelo	3 (3,37%)	17 (19,10%)	33 (37,07%)	13 (14,60%)	0	66 (74,15%)
	Laranja	0	0	4 (4,49%)	4 (4,49%)	0	8 (8,98%)
	Vermelho	0	0	0	0	0	0
	Total reclassificação	5 (5,61%)	29 (32,58%)	38 (42,69%)	17 (19,10%)	0	100%

Fonte: Elaborado pelos autores

4 DISCUSSÃO

Em relação ao registro dos sinais clínicos e sinais vitais, pode-se perceber que não houve anotação quanto à frequência respiratória na totalidade das fichas analisadas, em contraponto, o sinal verificado com maior prevalência foi a pressão arterial. Coelho e Pereira (2017) salientam que sinais vitais como pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e avaliação da dor, são essenciais para a avaliação clínica do paciente, sendo que alterações nesses sinais podem indicar agravos importantes para a saúde, necessitando de intervenções rápidas.

Um importante sinal presente na maioria dos fluxogramas de acolhimento com avaliação e classificação de risco é a dor. Observou-se no estudo uma escassez de dados quanto ao registro da dor bem como da utilização de escalas que auxiliam na avaliação desse sinal. O registro incompleto da queixa apresentada pelo usuário influencia no risco atribuído, sendo mais simples identificar a gravidade do caso nas fichas que apresentavam o registro completo da queixa principal. Esse achado reforça a importância da habilidade e competência do enfermeiro para a avaliação e descrição correta e completa da queixa principal no momento do acolhimento.

Coelho e Pereira (2017) chamam atenção para uma tentativa de aumentar a consciência dos profissionais da saúde quanto à avaliação e registro da dor: a atribuição da dor como o quinto sinal vital, considerando que se esta for avaliada com o mesmo zelo e responsabilidade que os quatro sinais vitais, têm melhor chance de ser tratada corretamente. A avaliação da dor pode ser realizada por intermédio de uma régua ou escala onde o paciente aponta o grau de sua dor, de zero a dez, onde zero significa sem dor, e dez a maior dor sentida. Esse modelo se torna mais fácil para quem está sendo avaliado como para quem avalia, permitindo assim classificar adequadamente o paciente (MONTANDON et al., 2018).

Conforme Oliveira et. al. (2016), cerca de 80% dos pacientes que procuram serviços de emergência apresentam a dor como um dos principais motivos. Portanto, fica evidente o quanto o não registro desse sintoma pode interferir numa efetiva avaliação clínica do usuário. É essencial que o enfermeiro saiba seu real papel frente à classificação de risco e não tenha atitudes passivas com a dor do outro.

Partindo do princípio da equidade nas ações de saúde, Roncalli et al. (2017) ressalta a importância da prática de identificar os indivíduos que precisam de um tratamento imediato

de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou potencial de sofrimento. Para tanto, faz-se necessário a utilização da classificação de risco que traz benefícios não só para a instituição que utiliza essa ferramenta, como para o usuário que se beneficia de um atendimento humanizado e ágil quando necessitar.

Observou-se neste estudo o perfil de atendimentos de baixa e média gravidade, evidenciado pela prevalência das fichas classificadas como verde, grau de prioridade 4 conforme o protocolo, seguidas das classificações de grau de prioridade 3, que foram as fichas amarelas. Silva et. al. (2017) consideram que a procura por unidades de emergência por pacientes com agravos pouco urgentes podem estar relacionados a questões como a efetividade dos procedimentos médicos, a medicalização ou ainda a rápida realização de exames mais complexos. Ademais, um estudo de Mendes et. al. (2018) encontrou fatores culturais que podem estar relacionados a esse resultado como indicação familiar, confiança no estabelecimento hospitalar e proximidade geográfica.

Este resultado reflete o uso muitas vezes equivocado destes serviços de saúde, contribuindo para a superlotação destas unidades e muitas vezes protelando o atendimento a casos de maior gravidade.

A avaliação da concordância geral dos enfermeiros na atribuição dos níveis de prioridade em relação ao protocolo institucional apresentou o resultado de Kappa= 0,24, evidenciando nível de concordância fraco. Estudo semelhante realizado em Presidente Prudente/SP apresentou um coeficiente de Kappa= 0,16, ou seja, entre a classificação de risco realizada no Pronto Socorro e a nova classificação com base no protocolo da instituição, houve também baixa concordância, estatisticamente comprovada (MONTANDON et al., 2018).

Sobre a concordância nos diferentes níveis de prioridade, os resultados encontrados revelam discordância em todos os níveis de prioridade avaliados. Isso demonstra que mesmo havendo um protocolo próprio de classificação de risco, existe discordância entre o que é realizado com o que é preconizado, o que é preocupante, pois coloca em risco a prioridade de atendimentos. O paciente não é atendido com a devida prioridade, diminuindo a segurança e qualidade da assistência, conseqüentemente, aumentando os riscos de morbidades e óbitos.

Ainda, os resultados apontam para uma leve tendência de os enfermeiros classificarem os usuários em níveis de prioridade menores do que o estipulado no protocolo utilizado na instituição, ou seja, subestimação do risco. Por outro lado, também ficou evidenciada a superestimação do risco atribuído. O resultado dessa ação acarreta em erros de classificação e, conseqüentemente, pode levar a ocorrências de eventos adversos para os usuários e o serviço.

Quaresma, Xavier e Cezar-Val (2019) discorrem que a classificação subestimada acontece quando a queixa do paciente é desvalorizada pelo profissional, de maneira que o mesmo é classificado em níveis de gravidade abaixo do indicado para seu quadro clínico. Já, quando a queixa do paciente é supervalorizada pelo classificador, ocorre a classificação superestimada, de modo que o mesmo é classificado em níveis de gravidade acima do adequado para seu estado clínico.

Prudêncio et. al. (2016) afirmam que os protocolos de classificação de risco respaldam legalmente as condutas do enfermeiro, são ferramentas importantes no processo de avaliação, facilitando o processo de tomada de decisão e organizados para diminuir o viés da subjetividade. Porém não são suficientes, pois não possuem capacidade de alcançar aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais de cada indivíduo, fatores essenciais para que ocorra a efetiva avaliação do grau de prioridade para o atendimento.

Corroborando, Duro, Lima e Weber (2017) consideram o conhecimento clínico, o julgamento profissional e a comunicação fundamentais para que o enfermeiro consiga avaliar o estado geral do paciente, identificar os fatores associados ao seu quadro clínico e classificar

sua prioridade de atendimento. Enfatizam que a comunicação deve ser clara, concisa e consistente, para que não haja risco de avaliações e prioridades inadequadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concordância dos enfermeiros na atribuição dos níveis de classificação de risco em relação ao protocolo institucional foi baixa, recomenda-se a realização de estudos futuros que busquem identificar os motivos das discordâncias, permitindo traçar estratégias direcionadas ao aumento da confiabilidade da avaliação do enfermeiro. Ressalta-se a importância deste processo de trabalho e a necessidade de implantação de intervenções educacionais para os profissionais bem como reavaliação do protocolo em uso.

REFERÊNCIAS

- COELHO, Camila Ferreira Cruz; STEIN, Airton Tetelbom. Acolhimento com classificação de risco: análise dos atendimentos não urgentes em um hospital regional. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/brazilian Journal Of Health Research**, Vitória, v. 18, n. 2, p.112-120, abr-jun. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15091>>. Acesso em: 21 ago. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.21722/rbps.v18i2.15091>.
- COELHO, Erica de Fátima Primo; PEREIRA, Maria Gorete Nicolette. Atuação do enfermeiro no manejo da dor na sala de urgência e emergência. **Revista Internacional de Apoyo A Lainclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad**, Paraná, v. 3, n. 4, p.73-86, out. 2017. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6941012>>. Acesso em: 25 nov. 2019.
- DROGUETT, Thamy Caamano et al. Percepção da enfermagem sobre a qualidade do acolhimento com classificação de risco do serviço de emergência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.I.], v. 8, n. 3, p. 518-529, set. 2018. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28748>>. Acesso em: 21 ago. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769228748>.
- DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; WEBER, Luciana Andressa Feil. NURSES' OPINION ON RISK CLASSIFICATION IN EMERGENCY SERVICES. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, p.1-8, 2017. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170072>. Disponível em: <<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1200>>. Acesso em: 07 nov. 2019.
- GODOI, Vanessa Carolina Grigini et al. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. **Cogitare Enferm**, Maringá, v. 21, n. 3, p. 01-08, jul-set. 2016. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/10/2182/44664-186755-1-pb>>. Acesso em: 21 ago. 2019.
- HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira et al. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 52, n. -, p.1-7, abr. 2018. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100400>. Acesso em: 21 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017001303318>.

MCHUGH, Mary L.. Interrater reliability: the kappa statistic. **Biochemia Medica**, Califórnia, v. 3, n. 22, p.276-282, ago. 2012. Disponível em: <<https://hrcak.srce.hr/89395>>. Acesso em: 23 nov. 2019.

MENDES, Tatiane de Jesus Martins et al. Association between reception with risk classification, clinical outcome and the Mews Score. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. -, p.1-6, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-914481>>. Acesso em: 21 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180007>.

MONTANDON, Diego Santiago et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco em um pronto socorro: estudo comparativo. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.20-23, 20 jul. 2018. Faculdade de Medicina de Sao Jose do Rio Preto - FAMERP. <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.25.2.2018.988>. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/988/758>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

NOGUEIRA, Maicon de Araújo et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: a óptica dos futuros enfermeiros. **Revista de Enfermagem e Atenção A Saúde**, [s.i.], v. 5, n. 2, p.73-86, dez. 2016. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1546/>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

OLIVEIRA, Gabriella Novelli et al. Correlação das categorias de classificação de risco com aspectos clínicos e desfechos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p.1-9, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2814/281449727060.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2019.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de et al. User embracement with risk classification: perceptions of the service users of an emergency care Unit. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.I.], v. 26, n. 1, p.1-8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100301>. Acesso em: 21 ago. 2019.

PRUDÊNCIO, Celine Pinheiro Gordo et al. Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p.1-10, jun. 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14917/pdf_46>. Acesso em: 21 ago. 2019.

QUARESMA, Adrieli dos Santos; XAVIER, Daiani Modernel; VAZ, Marta Regina Cezar-. O papel do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. **Revista Enfermagem Atual Inderme**, v. 87, p.1-10, abr. 2019. Disponível em: <<http://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/151>>. Acesso em: 23 nov. 2019.

RONCALLI, Aline Alves et al. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s.l.], v. 31, n. 2, p.1-10, 27 jun. 2017. Disponível em:

<<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16949/14511>>. Acesso em: 21 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.16949>.

SILVA, Joselito Adriano da et al. Emergency Severity Index: accuracy in risk classification. **Einstein**, São Paulo, v. 15, n. 4, p.421-427, dez. 2017. Disponível em: <https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-15-04-0421/1679-4508-eins-15-04-0421-pt.x26000.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco. Santa Catarina, 2014. 66 p.