

Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência¹

Michele de Freitas Neves Silva²

Gabriela Novelli Oliveira³

Aline Maino Pergola-Marconato⁴

Rafael Silva Marconato⁵

Eliete Boaventura Bargas⁶

Izilda Esmeria Muglia Araujo⁷

Objetivo: elaborar e validar o conteúdo e verificar a confiabilidade de um protocolo de classificação de risco para Unidade de Emergência. Método: desenvolvido em um hospital universitário do interior paulista. A validação de conteúdo realizou-se em duas etapas: a primeira com a avaliação individual dos especialistas e a segunda com reunião entre as pesquisadoras e os especialistas. A aplicação do protocolo seguiu roteiro específico. Na confiabilidade utilizou-se o método de concordância ou equivalência entre observadores. Resultados: o protocolo elaborado apresentou validade de conteúdo e, após a realização das alterações sugeridas, obtiveram-se resultados de confiabilidade excelentes. Conclusão: o fluxograma de atendimento mostrou-se de fácil aplicabilidade, sendo facilitador para a busca, pela queixa, em cada prioridade de atendimento.

Descritores: Triage; Enfermagem em Emergência; Serviços Médicos de Emergência.

¹ Artigo extraído da Dissertação de Mestrado "Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes de uma unidade de emergência" apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

² MSc, Enfermeira, Hospital de Clínicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

³ Enfermeira, Hospital Universitário, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Doutoranda, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

⁵ Mestrando, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Enfermeiro, Hospital de Clínicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

⁶ MSc, Enfermeira, Hospital de Clínicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

⁷ PhD, Professor Doutor, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Rafael Silva Marconato
Rua Pedro João Walter Vannucci, 516
Residencial Vitória Ropole
Caixa Postal: 6584
CEP: 13082-826, Campinas, SP, Brasil
E-mail: rafamarcc@yahoo.com.br

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Os serviços de emergência representam parcela importante da porta de entrada ao sistema de saúde, pois, parte da população busca essas unidades para resolução de problemas de menor complexidade, ocasionando superlotação nesses serviços. Essa realidade está presente no cenário internacional e no Brasil⁽¹⁻²⁾.

Para atender essa demanda das unidades de emergência⁽³⁻⁴⁾, uma das ações da Política Nacional de Humanização (PNH) e do QualiSUS inclui a implementação nos hospitais do acolhimento e triagem classificatória de pacientes, priorizando o atendimento de acordo com a gravidade do caso e não mais por ordem de chegada⁽¹⁾, que identifica pacientes em condições de urgência, aumenta a satisfação do usuário, diminui o congestionamento e organiza o fluxo de atendimento⁽⁵⁾.

A triagem de pacientes teve origem com os militares nos campos de batalha em 1800. O conceito formal de triagem de pacientes foi introduzido nos Departamentos de Emergência dos Estados Unidos, no final da década de 50, quando ocorreu aumento significativo do número de pacientes que procuravam esses serviços⁽⁶⁾.

Perante o exposto e frente às necessidades de implantação da classificação de risco nas unidades de saúde do Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem determinou, por meio da Resolução no. 423/2012, que a classificação de risco é privativa do enfermeiro e esse deve estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento⁽⁷⁾. Poucas instituições dispõem de protocolos e as publicações sobre o tema ainda são escassas.

Este estudo teve como objetivos elaborar e validar o conteúdo e verificar a confiabilidade de um protocolo de classificação de risco para a Unidade de Emergência Referenciada (UER) de um hospital universitário.

Método

Estudo de abordagem quantitativa, desenvolvido em uma UER de um hospital universitário do interior paulista que realiza, em média, 400 atendimentos/dia. O estudo foi dividido em cinco etapas: avaliação do perfil/demanda dos pacientes da unidade; avaliação dos protocolos de classificação de risco da literatura; elaboração do protocolo de classificação de risco, conforme perfil da população atendida; validação de conteúdo e verificação da confiabilidade do protocolo. A primeira etapa foi contemplada em outro artigo, ao qual foi realizado levantamento retrospectivo do perfil da população e da demanda de atendimento, com base nos dados presentes nas fichas de atendimento da Unidade⁽⁸⁾.

Para a etapa avaliação dos protocolos de classificação de risco foram analisados os seguintes protocolos: Manchester/Inglaterra⁽⁹⁾, AST/Austrália⁽¹⁰⁾, CTAS/Canadá⁽¹¹⁾, ESI/Estados Unidos⁽¹²⁾, Acolhimento e Classificação de Risco do Hospital Conceição/Porto Alegre-RS⁽⁴⁾, Projeto Acolhimento do Hospital Municipal Mário Gatti/Campinas-SP⁽¹³⁾, Hospital Odilon Behrens/Belo Horizonte-MG⁽¹⁴⁾ e o Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco do MS/Brasil⁽¹⁵⁾.

Para a elaboração do protocolo de classificação de risco, dividiu-se em quatro as prioridades de atendimento: vermelho (Grupo 1), amarelo (Grupo 2), verde (Grupo 3) e azul (Grupo 4). Cada um dos grupos contém as principais queixas, sinais e sintomas dos pacientes e foi subdividido em itens, conforme apresentado na Figura 1 (Grupo 1), Figura 2 (Grupo 2) e Figura 3 (Grupos 3 e 4). A mesma queixa pode-se enquadrar em mais de um grupo, conforme avaliação do enfermeiro. O formato original do fluxograma está na dissertação de mestrado de uma das autoras.

Na etapa de validação de conteúdo, o protocolo foi encaminhado para a apreciação de sete especialistas. Para a apreciação, utilizou-se um roteiro com os itens do protocolo e os critérios de avaliação: organização, abrangência, objetividade e pertinência. Após o retorno das avaliações, foi realizada a compilação das respostas e sugestões e, em seguida, realizou-se uma reunião do comitê de especialistas com as pesquisadoras, aos quais foram apresentadas as sugestões de alterações propostas, e cada participante manifestou sua opinião em relação aos itens até chegar ao consenso.

Na etapa de verificação de confiabilidade foi utilizado o método de concordância ou equivalência, da qual participaram quatro enfermeiros da Unidade. Para a inclusão dos mesmos, considerou-se o tempo de experiência com classificação de risco na Unidade de, no mínimo, um ano, e aceitação em participar do estudo. Antes de iniciar a aplicação do protocolo, uma das pesquisadoras realizou a capacitação individual com cada enfermeiro, com esclarecimento das dúvidas, bem como a aplicação prática do protocolo.

A aplicação do protocolo foi realizada seguindo um roteiro de coleta de dados desenvolvido pelas pesquisadoras. Durante a coleta, os Observadores (OBS) preenchem, além do roteiro, o protocolo, no qual assinalavam a queixa que determinou a classificação e os subitens dessa queixa. Na descrição da avaliação da confiabilidade, a pesquisadora foi denominada observador-pesquisador e os enfermeiros de OBS-1, 2, 3 e 4. Além desses instrumentos, foi entregue aos enfermeiros um fluxograma de atendimento para facilitar a escolha da prioridade do atendimento.

Grupo 1 (vermelho) – Pacientes encaminhados à Sala de Emergência para atendimento imediato, pois apresentam risco de morte iminente			
1.1	Alteração do estado mental	1.6	Dor torácica
1.1.1	Ausência de resposta a estímulos (verbal, doloroso, tátil)	1.6.1	Dor precordial com característica de aperto e/ou queimação
1.2	Cefaleia	1.6.2	Irradiação da dor para MSE
1.2.1	Início súbito e de forte intensidade	1.6.3	PA<100/70mmHg ou >140/90mmHg
1.2.2	Episódio de crise convulsiva	1.6.4	FC >90bpm ou FC <60bpm
1.2.3	Déficit motor agudo <48h	1.6.5	Dispneia
1.2.4	Alteração do nível de consciência	1.6.6	FR >20rpm
1.2.5	Presença de PA >140/90mmHg	1.6.7	Assimetria de pulsos
1.2.6	FC <60bpm	1.6.8	Idade >60 anos ou história progressiva de coronariopatia
1.2.7	Presença de rigidez de nuca, vômitos	1.7	Febre
1.3	Déficit motor (fraqueza muscular face ou membros uni ou bilateral)	1.7.1	T >37,8°C no momento da consulta
1.3.1	Início súbito (<48h)	1.7.2	PA <100/70mmHg
1.4	Dispneia	1.7.3	FC >100bpm
1.4.1	Desconforto respiratório moderado a intenso	1.7.4	Alteração do nível de consciência
1.4.2	Cianose	1.7.5	FR >25rpm
1.4.3	Utilização de musculatura acessória (tiragem intercostal, retração de fúrcula ou batimento de asas de nariz)	1.7.6	Dispneia
1.4.4	Frequência respiratória >20rpm	1.7.7	Imunossupressão
1.4.5	Dificuldade para falar	1.8	Hiperglicemia
1.4.6	T° >37,8°C ou T° <35°C	1.8.1	Associada a alteração do nível/conteúdo da consciência
1.4.7	Alteração do nível de consciência	1.9	PAS >140mmHg ou PAD >120mmHg, associada com:
1.4.8	Saturação de oxigênio <95%	1.9.1	Alteração do nível de consciência
1.4.9	FC >100bpm	1.9.2	Déficit motor agudo (plegia, paresia)
1.5	Dor abdominal	1.9.3	Dor torácica
1.5.1	PA<100/70mmHg ou >140/90mmHg	1.9.4	Dispneia
1.5.2	FC >100bpm	1.10	Hipoglicemia
1.5.3	T° >37,8°C no momento da consulta	1.10.1	Associada com alteração do nível e do conteúdo da consciência
1.5.4	História de trauma abdominal (fechado, FAF ou FAB)	1.11	Parada cardiorrespiratória
		1.11.1	Ausência de pulso carotídeo (5 a 10 segundos)
		1.11.2	Ausência de movimentos respiratórios
		1.11.3	Inconsciência

Figura 1 - Protocolo de classificação de risco para o Grupo 1 (vermelho). Campinas, SP, Brasil, 2010

Grupo 2 (amarelo) – Pacientes devem ser avaliados pelo médico no período de 15 a 30 minutos após a avaliação do enfermeiro, pois apresentam sinais e sintomas que podem evoluir para complicações			
2.1	Alteração de SSVV e sintomas não especificados anteriormente	2.8	Dor torácica
2.1.1	PA >150/100mmHg ou PA <100/60mmHg	2.8.1	História familiar de AVC ou IAM
2.1.2	FC >100bpm ou FC <60bpm	2.9	Febre
2.1.3	FR >20rpm	2.9.1	T >37,8°C no momento da consulta
2.1.4	T° >37,8°C no momento da consulta	2.10	Hemorragia digestiva alta ou baixa
2.2	Alteração do estado mental	2.10.1	História de enterorragia, melena ou hematêmese
2.2.1	Alteração do nível de consciência	2.10.2	PA <100/70mmHg
2.3	Cefaleia	2.10.3	FC >100bpm
2.3.1	Dor de forte intensidade, incapacitante, progressiva, resistente a medicações	2.10.4	Alteração do nível de consciência
2.4	Diarreia	2.10.5	Antecedente de cirrose ou neoplasia hepática ou de cólon, uso de anti-inflamatório não esteroide
2.4.1	PA <100/60mmHg	2.11	Hipertensão arterial
2.4.2	FC >100bpm	2.11.1	PA >150/100mmHg
2.4.3	T° >37,8°C no momento da consulta	2.12	Hipoglicemia
2.4.4	Sinais de desidratação	2.12.1	Glicemia capilar < ou = 60mg/dl
2.5	Dispneia	2.13	Tosse
2.5.1	História de asma ou DPOC	2.13.1	T° >37,8°C no momento da consulta
2.5.2	Alteração da ausculta pulmonar	2.13.2	PA <100/70mmHg ou FC >100bpm
2.6	Dor abdominal	2.13.3	Dispneia ou FR >20rpm

(a figura 2 continua na próxima tela)

Grupo 2 (amarelo) – Pacientes devem ser avaliados pelo médico no período de 15 a 30 minutos após a avaliação do enfermeiro, pois apresentam sinais e sintomas que podem evoluir para complicações			
2.6.1	Dor abdominal moderada	2.13.4	Saturação de oxigênio >95%
2.6.2	Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade	2.13.5	História de hemoptise
2.7	Cervicalgia ou lombalgia		
2.7.1	Déficit sensitivo ou motor		
2.7.2	PA <100/70mmHg e FC >100bpm		
2.7.3	História pregressa de cálculo renal, HIV, cirrose hepática		
2.7.4	Transplantados e em quimioterapia		
2.7.5	Alteração de esfíncter		

Figura 2 - Protocolo de classificação de risco para o Grupo 2 (amarelo). Campinas, SP, Brasil, 2010

Grupo 3 (verde) – Pacientes não apresentam riscos potenciais de morte e deverão ser atendidos pelo médico de duas a quatro horas após a avaliação do enfermeiro			
3.1	Casos especiais	3.5	Dor abdominal
3.1.1	Idade >60 anos	3.5.1	Dor leve a moderada
3.1.2	Pacientes portadores de necessidades especiais	3.5.2	Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade
3.1.3	Gestantes	3.5.3	Diarreia, náuseas ou vômitos (poucos episódios e em pequena quantidade)
3.2	Cefaleia	3.6	Dor leve a moderada
3.2.1	Dor leve ou moderada	3.6.1	Odinofagia, otalgia, entre outras
3.2.2	Início há vários dias	3.6.2	Sinais vitais dentro dos parâmetros normalidade
3.2.3	Ausência de déficits motores	3.7	Dor torácica
3.2.4	Ausência de alteração do nível e do conteúdo da consciência	3.7.1	Dor torácica que piora a movimentação ou palpação
3.2.5	Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade	3.7.2	Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade
3.3	Diarreia	3.7.3	Antecedente de trauma torácico leve
3.3.1	Presença de dor abdominal leve a moderada	3.8	Cervicalgia ou lombalgia
3.3.2	Náuseas e vômitos	3.8.1	Dor leve ou moderada
3.3.3	Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade	3.8.2	Ausência de déficits sensoriais e motores
3.3.4	Ausência de sinais de desidratação	3.9	Hemorragia digestiva alta ou baixa
3.4	Dispneia	3.9.1	História de enterorragia, melena ou hematêmese
3.4.1	FR, FC e PA sem alterações	3.9.2	Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade
3.4.2	Ausência de alteração do nível e do conteúdo da consciência	3.9.3	Antecedente de cirrose ou neoplasia hepática ou de cólon, uso de anti-inflamatório não esteroideal
3.4.3	Ausculta pulmonar sem alterações ou com alterações discretas	3.10	Tosse
3.4.4	Ausência de febre	3.10.1	Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade
3.4.5	Saturação de oxigênio >95%	3.10.2	Dor torácica ausente ou discreta
Grupo 4 (azul) – Pacientes apresentam queixas que deveriam ser atendidas em Unidades Básicas de Saúde. Os mesmos serão avaliados pelo médico, porém esse atendimento não é prioridade			
4.1	Demais queixas crônicas	4.3	Lesões localizadas na pele
4.1.1	Queixas crônicas não agudizadas	4.3.1	Escabiose
4.2	Dor leve a moderada	4.3.2	Eczema
4.2.1	Demais queixas de dor com duração superior a uma semana	4.3.3	Outras lesões de pele
		4.4	Pacientes que procuram a unidade de emergência para a realização de:
		4.4.1	Curativos/retirada de pontos/troca de sondas e receitas médicas/administração de medicações de uso contínuo

Figura 3 - Protocolo de classificação de risco: Grupos 3 (verde) e 4 (azul). Campinas, SP, Brasil, 2010

Os dados foram tabulados no programa Excel e analisados pelo Serviço de Estatística da instituição de origem das autoras, empregando o programa *Statistical Analysis System (SAS)*, versão 9.2. Para o teste de confiabilidade, foi utilizado o coeficiente de Kappa Ponderado e os valores maiores que 0,75 representaram excelente concordância, abaixo de 0,40 baixa concordância e, entre 0,40 e 0,75, concordância mediana⁽¹⁶⁾.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob Parecer nº1114/2008.

Resultados

Na etapa de validação, em relação ao critério organização, a maioria dos 35 itens avaliados obteve 100,0% de concordância entre os especialistas. No critério

abrangência, 21 itens foram avaliados com 100,0% de concordância, quatro obtiveram 83,3 %, sete 66,6 %, dois 50,0% e um 33,3%. Portanto, 32 dos 35 itens obtiveram níveis de concordância iguais ou maiores que 66,6%.

Quanto à objetividade, 14 itens receberam 100,0%, cinco obtiveram 83,3%, outros cinco 66,6%, oito 50,0%, dois 33,3% e um 16,7% de concordância. Em relação à pertinência, obtiveram os seguintes resultados: 11 itens 100,0%, outros 11, 83,3%, oito, 66,6% e cinco 50,0% de concordância.

Com esses resultados e diante das propostas dos especialistas, foram trabalhados os itens em que ocorreram maiores percentuais de discordâncias. A versão do protocolo modificado, após a reunião do comitê, foi submetida à avaliação da confiabilidade.

Na etapa de confiabilidade, observa-se que o observador-pesquisador e o OBS-1 concordaram na classificação de risco dos dez pacientes avaliados. Com os OBS-2 e 4 houve oito avaliações concordantes e com o OBS-3 nove.

Apesar dos OBS-2 e 4 apresentarem o mesmo número de avaliações concordantes, os coeficientes de Kappa foram diferentes para ambos (0,79 e 0,60, respectivamente), pois houve maior diferença na classificação de prioridade entre o pesquisador e o OBS-4.

Apesar de não haver discordância na prioridade de atendimento da classificação de risco, entre o observador-pesquisador e o OBS-1, houve divergência no item da classificação em três casos; com os OBS-2 e 4 essa divergência ocorreu em dois casos e com o OBS-3, em um caso.

Observou-se ainda que, para cada prioridade de atendimento, o número de avaliações concordantes apresentou variações, das quais: 11/40 (27,5%) amarelas, 20/40 (50,0%) verdes e 4/40 (10,0%) azuis, com coeficiente de Kappa ponderado de 0,81. As avaliações discordantes corresponderam a 5/40 (12,5%).

Discussão

Na validade de conteúdo, 31 dos 35 itens foram julgados organizados e, quanto à abrangência, 32 itens obtiveram concordância entre os especialistas iguais ou superiores a 66,6%, o que demonstrou ser o protocolo organizado e capaz de abranger a diversidade de casos atendidos na unidade.

No item objetividade, 24 dos itens obtiveram concordâncias iguais ou superiores a 66,6%, sugerindo que o protocolo continha muitos subitens para cada queixa, resultando em confusão durante a avaliação e, portanto, mudança na priorização do atendimento. Após

as alterações do protocolo, frente às sugestões individuais e do comitê, observou-se que na etapa de confiabilidade esse obteve grau de concordância excelente.

No critério pertinência, a avaliação dos especialistas foi positiva, pois o julgamento de 30 itens obteve porcentagens iguais ou superiores a 66,6%. Observou-se que os especialistas compreenderam a maioria dos itens e que o conteúdo pode ser entendido pelos enfermeiros. Sugere-se que o instrumento apresente validade de conteúdo.

Dentre as prioridades de atendimento, o vermelho e o amarelo foram os que mais receberam sugestões de alterações após a reunião. A retirada de itens que não fariam diferença na avaliação dos pacientes foi favorável, mantendo-se somente aqueles considerados de extrema importância.

Nos itens que contemplavam Valores de Sinais Vitais (SSVV), buscou-se uniformizá-los, considerando-se: Pressão Arterial (PA) aumentada se $>140/90$ mmHg, PA diminuída se $<100/70$ mmHg, Frequência Respiratória (FR) aumentada se >20 rpm, taquicardia se Frequência Cardíaca (FC) >100 bpm e febre se Temperatura (T) $>37,8^{\circ}\text{C}$.

No parâmetro adotado para a PA, dois juízes se posicionaram contrários por entenderem que esses valores podem superestimar a queixa de alguns pacientes, aumentando o número de pacientes amarelos e causando dificuldade no atendimento. Entretanto, utilizou-se como base as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁽¹⁷⁾.

O item dor torácica foi bastante modificado pelos juízes. No grupo vermelho foram mantidos os subitens importantes para a identificação precoce da dor nos casos de síndromes coronarianas agudas, dissecação de aorta e pneumotórax, os quais necessitam de atendimento imediato, conforme recomendado nas diretrizes sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST⁽¹⁸⁾. Nos grupos amarelo e verde permaneceram os subitens que não caracterizam atendimento imediato, como os potencialmente de risco (Grupo 2 – amarelo) e aqueles característicos de outras dores, como as musculares, por exemplo (Grupo 3 – verde).

Na hipertensão arterial, foram mantidos no vermelho os subitens característicos de emergência hipertensiva, pois, nesses casos, há risco de lesão orgânica grave e iminente de morte⁽¹⁸⁾. No Grupo 2, o paciente está hipertenso, porém, sem risco de lesão orgânica aguda. No item Parada Cardiorrespiratória (PCR) foram mantidos os subitens que identificam o evento, de acordo com as Diretrizes Internacionais sobre PCR⁽¹⁹⁾.

Quanto à cefaleia, permaneceram no vermelho sintomas que identificam as emergências como traumas

craniocefálicos, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural e meningite. No amarelo, os casos de cefaleia tensional, migrânea, hipertensão arterial e, no verde, as cefaleias leves e não incapacitantes. De acordo com estudo brasileiro⁽²⁰⁾, a migrânea foi responsável por 56,4% dos casos de cefaleia nos pacientes que procuraram a emergência e, desses, 77,0% foram de cefaleia primária, sendo os pacientes encaminhados para a resolução da dor e não para a realização de procedimentos diagnósticos.

No item déficit motor, manteve-se o subitem que identifica os casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico ou hemorrágico. O tempo de déficit definido pelos especialistas para o grupo vermelho foi menor de três horas, pois esse é o tempo indicado para a realização da trombólise para AVC isquêmico⁽²¹⁾.

A dispneia pode ser causada por diversas patologias: asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)⁽²²⁾, crise hipertensiva⁽¹⁷⁾, infecções, entre outras. No vermelho, foram mantidos os sintomas que caracterizam insuficiência respiratória aguda. No amarelo, os associadas aos casos de DPOC e asma sem sinais de insuficiência respiratória e, no verde, os que não sugerem risco de deterioração do estado clínico.

Quanto à confiabilidade, o nível de concordância entre o observador-pesquisador e o OBS-1 foi excelente para todas as categorias de classificação de risco, demonstrando boa assimilação do entendimento do protocolo. Apesar das classificações terem sido concordantes entre eles, houve discordância no item de classificação em três casos, mas sem mudança na prioridade de atendimento ou riscos ao paciente. Exemplificando, em uma das avaliações, a prioridade de atendimento foi considerada amarela por ambos, sendo a queixa confusão mental com alterações de SSVV. O observador-pesquisador considerou o item alteração do estado mental (2.2) e o OBS-1 a alteração dos SSVV (2.1). Esse exemplo aponta que uma mesma queixa pode ser interpretada de diferentes formas e chegar à mesma prioridade.

Os resultados obtidos das avaliações entre o observador-pesquisador e o OBS-1 apontam que o conhecimento e a experiência são fatores essenciais para a decisão de qual prioridade classificar o paciente, fato também apontado em estudo australiano⁽²³⁾.

Entre o observador-pesquisador e os OBS-2 e 3, o nível de concordância também foi excelente. Com o OBS-2 houve uma discordância no item dentro da mesma classificação e duas discordâncias de prioridade do atendimento. No caso em que houve discordância de itens, a queixa foi disúria/lombalgia, com alteração da pressão arterial. O pesquisador considerou o item alteração de SSVV (2.1) e o OBS-2 o item hipertensão

arterial (2.11), o que culminou com a mesma prioridade de atendimento.

Na discordância de prioridade, contudo, o observador-pesquisador classificou o paciente como verde e o OBS-2, azul, sendo que a queixa era dor de ouvido há 15 dias. A pesquisadora considerou o item dor leve a moderada com SSVV normais (3.6) e o OBS-2 o item dor leve a moderada com duração superior a uma semana (4.2). A diferença na priorização do atendimento não trouxe riscos ao paciente, por serem queixas não emergenciais.

Outra avaliação em que houve discordância na prioridade, o paciente foi classificado amarelo pela pesquisadora e azul pelo OBS-2. A queixa foi dor no membro superior há uma semana. Apesar de, *a priori*, parecer erro grave de uma das avaliadoras, ressalta-se que uma discreta alteração da frequência cardíaca (106bpm) fez com que a pesquisadora enquadrasse o paciente no item alterações de SSVV (2.1), parâmetro que não foi considerado pelo OBS-2, levando-o a classificar no item dor leve a moderada com duração superior a uma semana (4.2). Portanto, há necessidade de revisão dos valores de corte dos SSVVs.

Entre o pesquisador e o OBS-3 houve duas discordâncias no item dentro da mesma classificação e uma discordância de prioridade do atendimento. Para a mesma classificação e itens divergentes, um dos casos foi classificado como amarelo, sendo a queixa do paciente febre e mialgia com T=38°C e FC=124bpm. A pesquisadora considerou o item febre (2.9) e o OBS-3 alterações de SSVV (2.1), apontando entendimento adequado do protocolo. No segundo caso, azul, no qual a queixa era dor de ouvido há dois meses, a pesquisadora utilizou o item dor leve a moderada superior a uma semana (4.2) e o OBS-3 o item queixa crônica (4.1). Nesse caso, pode ser necessário especificar queixa crônica, apesar de esse fato não ter comprometido a priorização do atendimento.

Quanto à discordância na prioridade do atendimento, o observador-pesquisador classificou o paciente como azul e o OBS-3, verde, sendo a queixa dor torácica após atividade física. A consideração prioridade azul deveu-se ao fato que, no momento da avaliação, o paciente apresentava-se assintomático. O OBS-3 enquadrou o paciente no item dor torácica com SSVVs normais (3.7). Observa-se a necessidade de inclusão de mais um item no protocolo: paciente assintomático no momento da avaliação.

Com o OBS-4 não ocorreram discordâncias no item dentro da mesma classificação, mas duas discordâncias de prioridade do atendimento. Em uma das classificações, o pesquisador utilizou a prioridade amarela e o OBS-4 a verde. A queixa apresentada era mialgia, febre e cefaleia.

A pesquisadora considerou o item alterações de SSVV (2.1), uma vez que a FC=109bpm; o OBS-4 enquadrou o usuário no item dor leve a moderada (3.6), não considerando essa alteração da FC, como no caso ocorrido com o OBS-2.

Os achados demonstram que será necessária ampla capacitação dos enfermeiros para a realização da classificação de risco e aplicabilidade/avaliação do protocolo para melhorar a especificidade do mesmo. A capacitação dos enfermeiros mostra-se extremamente necessária, uma vez que estudos⁽²²⁻²³⁾ demonstraram que quanto maior a qualificação profissional e maior número de horas praticadas na classificação de risco melhores serão os resultados na priorização do atendimento.

Acredita-se que será necessária a capacitação de todos os enfermeiros antes da implantação do protocolo na Unidade em estudo. Além disso, aplicando-se o protocolo maior número de vezes propiciará conhecê-lo adequadamente e se habituar à sua utilização.

Os achados reiteram a necessidade de revisão dos valores de corte dos parâmetros vitais, sugerida anteriormente, e, trazem o alerta aos enfermeiros para considerarem importantes alterações discretas que poderão evoluir para graves repercussões hemodinâmicas, enquanto o paciente aguarda o atendimento médico.

Cabe ressaltar que os observadores que tiveram menor coeficiente Kappa e, portanto, menor concordância na classificação possuíam menos tempo de atuação na UER e na atividade de classificação de risco, enquanto os que apresentaram maior coeficiente executavam essa atividade há mais tempo. Esse fato sugere que quanto maior a experiência do profissional na atividade as chances de divergências parecem diminuir, como demonstrado em estudo americano⁽²⁴⁾.

Embora haja diferença na experiência com a classificação de risco e a capacitação realizada pela pesquisadora tenha sido breve, a confiabilidade do protocolo foi excelente, o que demonstra que é claro e objetivo, sendo possível aplicá-lo à realidade da Unidade. Outro fator importante é a necessidade de exercitar sua utilização para melhorar a habilidade na aplicação e evitar erros, como também poder apontar dificuldades e sugerir melhorias.

Conclusão

O protocolo de avaliação e classificação de risco elaborado apresentou validade de conteúdo e, após a realização das alterações sugeridas, a confiabilidade obteve resultados excelentes. O fluxograma de atendimento mostrou-se de fácil aplicabilidade pelos

enfermeiros, sendo importante para facilitar a busca pela queixa em cada prioridade.

A utilização do protocolo e do fluxograma, elaborados nesta pesquisa, mostrou-se de fácil aplicabilidade pelos enfermeiros, com resultados satisfatórios na classificação de risco, o que facilitará o processo de implantação.

Serão necessários novos estudos com maiores amostras de pacientes para avaliar o impacto da aplicação desse protocolo em outras unidades de emergência. Acredita-se que a utilização trará inúmeros benefícios para os usuários e para a equipe, pois haverá padronização do atendimento, diminuição dos riscos causados aos pacientes durante a espera, proporcionando maior segurança para aqueles que o utilizam. Aplicando-se o protocolo maior número de vezes serão apontados possíveis problemas, que poderão ser modificados, para adequação à realidade.

Referências

1. Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E, CTAS National Working Group. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity. *CJEM*. 2008;10(2):136-42.
2. O´Dwyer G, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1637-48.
3. Ministério da Saúde (BR). Documento base para gestores e trabalhadores do SUS [Internet]. 2008. [acesso 17 fev 2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Boas práticas de humanização na atenção e na gestão do Sistema Único de Saúde: acolhimento e classificação de risco na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição [Internet]. 2006. [acesso 17 fev 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/GHC_02-10.pdf
5. Beveridge R, Clarke B, Janes L, Savage N, Thompson J, Dodd G, et al. Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department. Triage & Acuity Scale (CTAS). Endorsed by the Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), the National Emergency Nurses Affiliation of Canada (NENA), and L’association des médecins d’urgence du Québec (AMUQ). Canadá; 1998.
6. Gilboy N, Travers D, Wuerz R. Emergency nursing at the millennium. Re-evaluating triage in the new millennium: a comprehensive look at the need for standardization and quality. *J Emerg Nurs*. 1999;25:468-73.
7. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 423/2012. [Internet]. [acesso 12 jun 2013]. Disponível em: <http://www.novo.portalcofen.gov.br>

8. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho MA Filho. Profile of the Population Cared for in a Referral Emergency Unit. *Rev. Latino Am. Enfermagem*. 2011;19(3):548-56.
9. Freitas P. *Triagem no Serviço de Urgência/emergência: Grupo de Triagem de Manchester*. Portugal: Grupo Português de Triagem – BMJ Publishing Group; 1997. 154 p.
10. Guidelines for implementation of the Australasian Triage Scale (ATS) in Emergency Departments. Australasian College for Emergency Medicine; 2001.
11. Michael J, Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E, CTAS National Working Group. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. *CJEM* 2008;10(2):136-42.
12. Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. *Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2005.
13. Projeto acolhimento no Pronto-Socorro do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti [Internet]. Campinas (SP). [acesso 15 abril 2012]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/content/ii_oficina_acolhimento.mmp
14. Mafrá AA, Martins P, Belezia B, Shimazaki ME, Barbosa YR, Rates SMM, et al. Acolhimento com classificação de risco no pronto-socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens de Belo Horizonte [Internet]. Belo Horizonte; 2006. [acesso 15 abril 2012]. http://www.saude.sp.gov.br/recursos/humanizacao/docs/revista_hob_mai06_versao_5.pdf
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília; 2004.
16. Fleiss JL. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 2ed. Nova Iorque: John Wiley & Sons; 1981.
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(supl.1):1-51
18. Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(6supl.2):e179-e264.
19. Nolan JP, Hazinski MF, Billi JE, Boettiger BW, Bossaert L, Caen AR, et al. Part 1: executive summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Resuscitation*. 2010;81:e1-e25
20. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Tratamento da cefaléia em uma unidade de emergência da cidade de Ribeirão Preto. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(3-B):813-8.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Urgência e Emergência. Programa Nacional de Atendimento à doença vascular aguda. Brasília; 2009.
22. Cioffi J. Education Triage decision making: educational strategies. *Accid Emerg Nurs*. 1999;7:106-11.
23. Fry M, Burr G. Current triage practice and influences affecting clinical decision-making in emergency departments in NSW, Australia. *Accid Emerg Nurs*. 2001;9:227-34.
24. Derlet RW, Kinser D, Ray L, Hamilton B, McKenzie J. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a 5-year study. *Accid Emerg Nurs*. 1995;25(2):215-23.

Recebido: 10.3.2013

Aceito: 10.12.2013

Errata**Fascículo v22n2, página 218**

Onde se lê

Eliete Boaventura Bargas⁶⁶ PhD, Professor Associado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Leia-se

Eliete Boaventura Bargas⁶⁶ MSc, Enfermeira, Hospital de Clínicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.