

## Acogimiento con evaluación y clasificación de riesgo: concordancia entre los enfermeros y el protocolo institucional

Gabriella Novelli Oliveira<sup>1</sup>  
Cássia Regina Vancini-Campanharo<sup>2</sup>  
Meiry Fernanda Pinto Okuno<sup>3</sup>  
Ruth Ester Assayag Batista<sup>4</sup>

Objetivo: verificar el grado de concordancia entre los niveles de prioridad atribuidos en el acogimiento con evaluación y clasificación de riesgo cuando efectuado por los enfermeros, en comparación con el protocolo institucional y entre los pares. Método: estudio descriptivo, utilizando un cuestionario con treinta casos clínicos ficticios, basado en el protocolo institucional, considerado la regla de oro, respondido por veinte enfermeros. Resultados: el análisis de concordancia a través del Coeficiente Kappa concluyó que la concordancia entre la priorización de los niveles de gravedad entre los enfermeros y el protocolo institucional fue moderada. La concordancia entre los pares fue baja, representada por la densidad colorimétrica en las tonalidades de gris claro. Conclusión: en Brasil, algunas instituciones desarrollaron protocolos propios, lo que hace fundamental el desarrollo de herramientas para evaluar la precisión de los profesionales respecto a los protocolos, evidenciando las necesidades de capacitación para esta actividad, contribuyendo a la seguridad del paciente.

Descriptores: Triage; Servicios Médicos de Emergencia; Enfermería de Emergencia.

<sup>1</sup> Especialista, Enfermera, Hospital Universitário, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Especialista, Enfermera, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> MSc, Enfermera, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Adjunto, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

---

Correspondencia:

Cássia Regina Vancini Campanharo  
Rua Agostinho Rodrigues Filho, 350, Apto. 172 B  
Bairro: Vila Clementino  
CEP: 04026-040, São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: cvancini@unifesp.br

## Introducción

Hoy día, la situación de los servicios de emergencia es motivo de preocupación para la comunidad sanitaria y para la sociedad. La demanda por esos servicios ha sido creciente durante los últimos años debido al aumento del número de accidentes y de la violencia urbana<sup>(1-2)</sup>. Además de esta demanda, mucha de la atención desarrollada en estas unidades transcurre de enfermedades de baja complejidad, que son encaminadas a estos servicios debido a la estructuración insuficiente de la red básica de atención, que podrían ser resueltas en servicios de atención básica, especializada o en servicios de urgencia de menor complejidad<sup>(3)</sup>. Este perfil de demanda caracteriza el servicio de Emergencia como una de las principales puertas de entrada al sistema de salud<sup>(3)</sup>.

El sistema de salud brasileño abarca una red de servicios públicos y privados que son distintos, pero relacionados<sup>(4)</sup>. La red pública é composta, particularmente, por unidades de atención básica (95%) y servicios de emergencia (65%), y la red privada por servicios de atención especializada (74%) y atención hospitalaria (79%)<sup>(5)</sup>. La búsqueda por los servicios de baja complejidad y de emergencia por la población de menor renta sugiere menor acceso a la atención adecuada. Esta falta de acceso a la atención ambulatoria especializada y hospitalaria impacta la atención de emergencia, que pasa a ser la principal forma de acceso para especialidades y tecnologías médicas<sup>(3)</sup>. La falta de tecnología y apoyo diagnóstico causa insatisfacción de la población con la red básica, que procura la atención de urgencia como forma de lograr consulta médica, exámenes y recibir el resultado el mismo día<sup>(6)</sup>.

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) abarca tres niveles de atención. Las Unidades Básicas de Salud y Unidades de Salud de la Familia son responsables por la atención primaria, o sea, promoción y protección de la salud. Los hospitales generales y ambulatorios especializados tienen como finalidad proveer tratamiento precoz y minimizar agravios de salud, siendo clasificados como atención secundaria. En la esfera de la atención terciaria, se encuentran acciones de mayor complejidad y de rehabilitación, prestadas por hospitales especializados<sup>(4)</sup>.

La capacidad de resolución de problemas de la atención depende de la integración de los tres niveles de atención. Cuando eso no acontece, la red de salud se sobrecarga, perjudicando la atención a la clientela<sup>(5)</sup>.

En este contexto, en el 2004, fue creado el programa QualiSUS, estableciendo un conjunto de medidas con objeto de ofrecer mayor confort a los usuarios, con atención

según el grado de riesgo, atención más efectiva por los profesionales de salud y menor tiempo de estada en el hospital. Uno de los pilares del programa es la humanización de las relaciones entre profesionales, sistema de salud y usuarios. En este ámbito, otra medida del SUS fue la creación de la Política Nacional de Humanización (PNH), denominada HumanizaSUS, que utiliza herramientas y dispositivos que logran efectivamente potencializar la garantía de atención integral, resolutive y humanizada; entre estas, se destaca como directiva el acogimiento con evaluación y clasificación de riesgo (AACR), como una de las intervenciones potencialmente decisivas en la reorganización y efectucción de la promoción de salud en la red<sup>(7-8)</sup>.

La implantación del AACR con vistas a la atención por criterio de gravedad y no más por orden de llegada a los Servicios de Emergencia fue la estrategia para alcanzar el principio de la PNH y fue colocado en práctica bajo la perspectiva de protocolo pre-establecido proporcionando atención centrada en el nivel de complejidad<sup>(8-9)</sup>.

El AACR es un proceso dinámico de identificación de los pacientes que necesitan de tratamiento inmediato, según el potencial de riesgo, agravios de salud o grado de sufrimiento. Esta práctica se considera como una postura ética y profesional para la atención por nivel de complejidad<sup>(8-9)</sup>.

Históricamente, en Estados Unidos de América, el término tamizaje fue utilizado inicialmente por los militares para clasificar los soldados heridos en la guerra con objeto de establecer prioridades de tratamiento<sup>(10)</sup>. Médicos y enfermeros que poseían experiencia con el proceso efectivo de tamizaje en los campos de batalla introdujeron la tecnología en las emergencias civiles con gran éxito. Sin embargo, el uso del término clasificación de riesgo es diferente del término tamizaje, que implica una técnica de elección de los pacientes<sup>(8-9)</sup>.

Las recomendaciones para colocar en práctica el protocolo de AACR son formuladas mediante escalas y protocolos que estratifican el riesgo en cinco niveles que demuestran mayor confianza, validez y fiabilidad en la evaluación del estado real del paciente. Las escalas o protocolos más utilizados y reconocidos mundialmente son: *Emergency Severity Index (ESI)*, *Australian Triage Scale (ATS)*, *Canadian Triage Acuity Scale (CTAS®)* y la *Manchester Triage System (MTS)*<sup>(11-12)</sup>.

El Decreto 2048/2002 que regula en Brasil los servicios de Urgencias y Emergencias propone la implantación en las unidades de atención a las urgencias del acogimiento y del "tamizaje clasificatorio de riesgo". Ese proceso debe ser llevado a cabo por profesional de salud, de nivel superior, mediante capacitación específica

y utilización de protocolos pre-establecidos y tiene como objetivo evaluar el grado de urgencia de las quejas de los pacientes, colocándoles en orden de prioridad para la atención<sup>(2)</sup>. Según la Cartilla del PNH, el AACR debe ser efectuado por el enfermero y necesita ser preparado para ejercer esta función<sup>(8)</sup>. La ley del ejercicio profesional también le apoya para efectuar esta actividad, ya que la consulta y prescripción de enfermería son actividades privativas del enfermero, y la clasificación de riesgo hace parte de la consulta de enfermería. El Consejo Regional de Enfermería de São Paulo, en el 2009, aclaró que el proceso de AACR es una actividad que está de acuerdo con las atribuciones del enfermero, por ser considerada una estrategia de trabajo que presupone cambios que responderán a las necesidades de la población atendida, de los profesionales e instituciones comprometidas con la salud del ser<sup>(13)</sup>.

En Brasil, algunos hospitales fueron pioneros en la implantación de protocolos AACR, fundamentados en protocolos internacionales. La primera referencia data del 1993, del Hospital Municipal de Paulínia, que utilizó el protocolo canadiense adaptado a la realidad local<sup>(11)</sup>. Otro servicio nacional que se basó en el protocolo canadiense fue el Hospital Mario Gatti, en Campinas<sup>(10)</sup>.

El Hospital Odilon Behrens (HOB), Belo Horizonte, sirvió como modelo para otros hospitales, implantando el AACR mediante protocolo propio, subsidiado por el sistema de tamizaje de Manchester<sup>(14)</sup>.

La implantación del AACR en los hospitales brasileños se parece con las iniciativas de otros países, pero algunas particularidades son evidenciadas en este proceso según la realidad de las instituciones<sup>(11)</sup>.

Por lo tanto, ante la creciente demanda en los servicios de emergencia tras la implantación del AACR como política del SUS y considerando que las directivas para la evaluación de la gravedad de estos pacientes están definidas en protocolos, la concordancia entre la evaluación de los profesionales y el protocolo institucional es esencial para garantizar la seguridad de la población atendida. En este contexto, la finalidad de este estudio fue verificar el grado de concordancia entre los niveles de prioridad atribuidos en el acogimiento con evaluación y clasificación de riesgo practicado por los enfermeros y el protocolo institucional y entre los pares.

## Métodos

Se trata de un estudio descriptivo. El estudio fue llevado a cabo en el período de agosto a septiembre del 2011, en el Servicio de Emergencia del Hospital São Paulo, institución pública, universitaria y de alta complejidad,

ubicado en la región Sur de la ciudad de São Paulo, con atención en promedio a 700 pacientes por día. La población atendida en el servicio incluye principalmente pacientes adultos que utilizan el SUS.

En este servicio, el AACR fue implantado en el 2009 con protocolo desarrollo por profesionales médicos y de enfermería del Servicio de Emergencia, basado en el proyecto HumanizaSUS del Ministerio de la Salud.

El protocolo institucional fue construido basado en la queja principal, nortando la conducción del caso mediante los señales y síntomas, que indican al profesional de salud un nivel de prioridad de atención. La estratificación del riesgo en cinco niveles distintos fue referida en colores para facilitar la visualización: rojo, naranja, amarillo, verde y azul; cada color representa un nivel de gravedad y un tiempo de espera máximo para que el paciente sea atendido por un médico. El color rojo indica una emergencia y la atención médica debe ser prestada inmediatamente; el color naranja es muy urgente y se recomienda que el paciente espere diez minutos como máximo; amarillo es urgente y con tiempo de espera recomendado de sesenta minutos, verde es considerado poco urgente y azul no urgente y con tiempo de espera de dos y cuatro horas, respectivamente.

Dos años después de la implantación del AACR, se consideró necesario evaluar la calidad de la atención prestada por el enfermero, debido al histórico de rotación de estos profesionales en el sector y la falta de capacitación formal. Así, se creó un instrumento con objeto de verificar la concordancia en la atribución del nivel de prioridad por el enfermero respecto al protocolo institucional y la uniformidad de la clasificación entre estos profesionales.

El instrumento fue fundamentado en señales y síntomas relacionados a la queja principal, tal como descrito en el protocolo institucional, que fue considerado el patrón oro. El cuestionario incluyó 30 casos, que trataban de las condiciones clínicas más frecuentes: descompensación diabética, dolor torácica, crisis hipertensiva, hemorragia, entre otras, como en el ejemplo abajo:

Protocolo institucional - Clasificación naranja: complicaciones de diabetes, glicemia capilar <10 mg/dl y >600 mg/dl, transpiración, sin alteración del estado mental, visión turbia, fiebre, vómitos, taquipnea y taquicardia.

Caso correspondiente - Mujer, 45 años, diabética con uso de insulina, refiere transpiración intensa desde hace 6 horas. Niega visión turbia y vómitos. PA: 100/60 mmHg, FC: 86 bpm, FR:21 ipm, glicemia capilar: >600mg/dl.

Tras la lectura del caso, el enfermero tenía que atribuir un nivel de prioridad igual al recomendado por el protocolo institucional.

El AACR es practicado por 27 enfermeros. Todos aquellos en actividad durante el período de recolecta de datos integraron la muestra de este estudio, totalizando 20 profesionales. Fueron excluidos del estudio los enfermeros que estaban de vacaciones, actividad huelguista, licencia médica y maternidad. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la *Universidade Federal de São Paulo* bajo el número 0445/11 y los participantes fueron incluidos tras la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado.

Los datos fueron almacenados en el programa Windows Excel y, para el procesamiento y el análisis estadístico, fue utilizado el programa STATA®, versión 11.

Las características demográficas fueron analizadas de manera descriptiva. La clasificación de riesgo es una variable categórica ordinal. Así, fue calculado el Coeficiente Kappa para analizar la concordancia entre los evaluadores y entre cada evaluador y el protocolo institucional, con intervalo de confianza (IC) del 95%.

El Coeficiente Kappa evalúa el grado de concordancia además de lo que sería esperado solamente por casualidad. Esta medida de concordancia tiene una escala de valores en donde 1 significa total concordancia y los valores

próximos o abajo de 0 indican ninguna concordancia. Un eventual valor de Kappa inferior a cero, negativo, sugiere que la concordancia encontrada fue inferior a aquella esperada por casualidad. Sugiere, por lo tanto, discordancia, pero su valor no tiene interpretación como intensidad de discordancia<sup>(15)</sup>.

Para este estudio, se consideró sin concordancia cuando inferior a cero, concordancia pobre para Kappa con valores entre 0 y 0,20, débil entre 0,21 y 0,40, moderada entre 0,41 y 0,60, substancial entre 0,61 y 0,80 y concordancia casi perfecta entre 0,81 y 1,00<sup>(15)</sup>.

## Resultados

Fueron incluidos en este estudio veinte enfermeros, de los cuales el 90% era del sexo femenino, con promedia de edad de 27,3 años. El tiempo medio de formación fue 34 meses, siendo que el 50% posee grado de postgrado en el área de urgencia y emergencia. El tiempo medio de experiencia con clasificación de riesgo fue 22,6 meses.

La Figura 1 muestra el grado de concordancia en la atribución de los niveles de prioridad entre los enfermeros y el protocolo institucional, evidenciando que la mayoría de los profesionales mostró concordancia moderada.

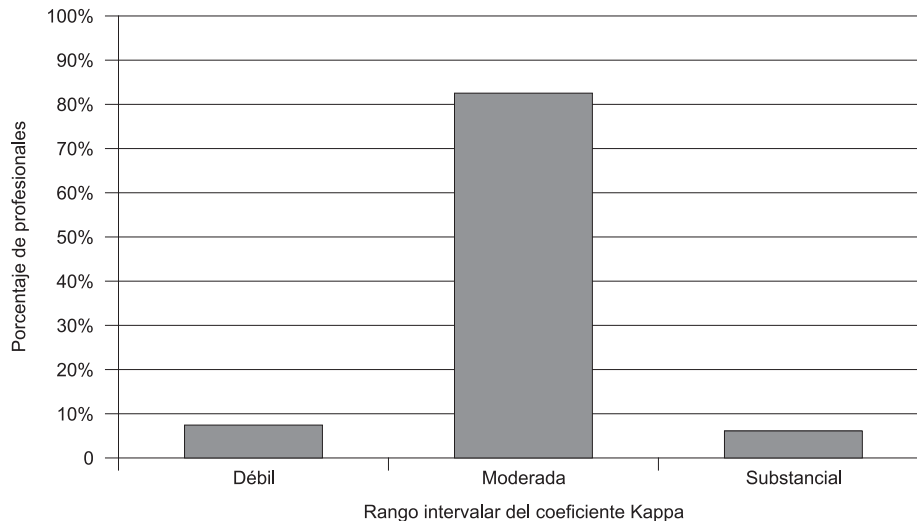


Figura 1 - Concordancia en la atribución de los niveles de prioridad entre los enfermeros y el protocolo institucional. São Paulo, Brasil, 2012

La Figura 2 muestra el porcentaje de la concordancia entre los enfermeros en la resolución de los casos. La concordancia entre los pares puede ser visualizada mejor mediante la densidad colorimétrica, en la cual se puede

observar la existencia de baja concordancia entre los profesionales, demostrada por las diversas tonalidades de gris claro. Las tonalidades de gris más oscuro indican mayores concordancias entre los profesionales.

	Enf A	Enf B	Enf C	Enf D	Enf E	Enf F	Enf G	Enf H	Enf I	Enf J	Enf K	Enf L	Enf M	Enf N	Enf O	Enf P	Enf Q	Enf R	Enf S	Enf T
Enf A		37,5	56,3	65,6	56,3	65,6	50,0	59,4	75,0	59,4	59,4	65,6	40,6	53,1	53,1	56,3	59,4	56,3	50,0	68,8
Enf B	37,5		56,3	53,1	62,5	53,1	50,0	59,4	37,5	53,1	53,1	40,6	53,1	46,9	46,9	43,8	53,1	50,0	56,3	56,3
Enf C	56,3	56,3		59,4	68,8	53,1	62,5	71,9	50,0	71,9	53,1	46,9	59,4	59,4	53,1	75,0	59,4	68,8	50,0	62,5
Enf D	65,6	53,1	59,4		71,9	68,8	53,1	68,8	71,9	75,0	62,5	75,0	62,5	50,0	62,5	59,4	75,0	71,9	71,9	59,4
Enf E	56,3	62,5	68,8	71,9		53,1	62,5	78,1	56,3	65,6	65,6	53,1	53,1	59,4	71,9	62,5	59,4	56,3	62,5	56,3
Enf F	65,6	53,1	53,1	68,8	53,1		65,6	68,8	65,6	56,3	56,3	62,5	62,5	62,5	50,0	65,6	75,0	59,4	59,4	59,4
Enf G	50,0	50,0	62,5	53,1	62,5	65,6		71,9	62,5	65,6	59,4	59,4	65,6	65,6	59,4	62,5	65,6	68,8	68,8	56,3
Enf H	59,4	59,4	71,9	68,8	78,1	68,8	71,9		59,4	68,8	75,0	50,0	62,5	62,5	56,3	65,6	62,5	71,9	65,6	59,4
Enf I	75,0	37,5	50,0	71,9	56,3	65,6	62,5	59,4		65,6	53,1	71,9	59,4	65,6	59,4	56,3	65,6	62,5	75,0	62,5
Enf J	59,4	53,1	71,9	75,0	65,6	56,3	65,6	68,8	65,6		62,5	68,8	68,8	68,8	56,3	65,6	81,3	65,6	71,9	65,6
Enf K	59,4	53,1	53,1	62,5	65,6	56,3	59,4	75,0	53,1	62,5		50,0	56,3	62,5	68,8	46,9	56,3	59,4	59,4	65,6
Enf L	65,6	40,6	46,9	75,0	53,1	62,5	59,4	50,0	71,9	68,8	50,0		62,5	56,3	62,5	59,4	68,8	65,6	71,9	65,6
Enf M	40,6	53,1	59,4	62,5	53,1	62,5	65,6	62,5	59,4	68,8	56,3	62,5		50,0	62,5	59,4	75,0	65,6	65,6	46,9
Enf N	53,1	46,9	59,4	50,0	59,4	62,5	65,6	62,5	65,6	68,8	62,5	56,3	50,0		62,5	65,6	68,8	53,1	59,4	59,4
Enf O	53,1	46,9	53,1	62,5	71,9	50,0	59,4	56,3	59,4	56,3	68,8	62,5	62,5	62,5		53,1	62,5	59,4	59,4	53,1
Enf P	56,3	43,8	75,0	59,4	62,5	65,6	62,5	65,6	56,3	65,6	46,9	59,4	59,4	65,6	53,1		71,9	62,5	50,0	62,5
Enf Q	59,4	53,1	59,4	75,0	59,4	75,0	65,6	62,5	65,6	81,3	56,3	68,8	75,0	68,8	62,5	71,9		59,4	65,6	59,4
Enf R	56,3	50,0	68,8	71,9	56,3	59,4	68,8	71,9	62,5	65,6	59,4	65,6	65,6	53,1	59,4	62,5	59,4		68,8	56,3
Enf S	50,0	56,3	50,0	71,9	62,5	59,4	68,8	65,6	75,0	71,9	59,4	71,9	65,6	59,4	59,4	50,0	65,6	68,8		56,3
Enf T	68,8	56,3	62,5	59,4	56,3	59,4	56,3	59,4	62,5	65,6	65,6	65,6	46,9	59,4	53,1	62,5	59,4	56,3	56,3	

Figura 2 – Porcentaje de concordancia entre los enfermeros en la evaluación del grado de prioridad. São Paulo, Brasil, 2012

## Discusión

A pesar de la existencia de protocolos para la práctica del AACR, existen pocos estudios relacionados al tema, sobretodo en el contexto nacional. El AACR en hospitales brasileños es semejante a las iniciativas de otros países, con algunas particularidades, según la realidad de las instituciones, y verificar la concordancia entre la evaluación de los enfermeros y los protocolos es esencial para la seguridad del paciente<sup>(11)</sup>.

En este estudio, se observó que la concordancia de los enfermeros en la atribución de los niveles de prioridad respecto al protocolo institucional fue moderada (Kappa=0,41-0,60).

En un estudio desarrollado en Australia, en el 2009, con objeto de verificar la concordancia entre la atribución de los niveles de gravedad y el protocolo de Manchester, mediante la resolución de escenarios, los valores de Kappa encontrados variaron entre 0,40 y 0,80, con mediana de 0,63, evidenciando concordancia substancial<sup>(16)</sup>.

Un estudio brasileño, desarrollado en el 2008, con objeto de investigar la precisión de los enfermeros en la evaluación y clasificación de riesgo establecidas en el protocolo institucional de un hospital municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, a través de la verificación de los registros de las fichas de admisión, fue observada concordancia aceptable a razonable entre los niveles de

clasificación (Kappa=0,36). Los resultados indicaron, además, una tendencia de los enfermeros en clasificar los usuarios con grados de riesgo menos graves que lo establecido en el protocolo institucional. En contrapartida, en algunos casos, fue observada una tendencia de sobreestimación del riesgo, lo que puede determinar sobrecarga de los servicios de emergencia por aumento en la demanda de atención<sup>(17)</sup>.

En este estudio, la concordancia en la atribución de los niveles de prioridad entre los enfermeros fue moderada a substancial. En un estudio internacional, publicado en el 2005, fue identificada concordancia moderada a buena entre los enfermeros que efectuaron el tamizaje según el protocolo local. Este estudio nos permite reflexionar sobre la seguridad del paciente antes esta atención, ya que la clasificación de riesgo es una tarea diaria del enfermero de unidad de urgencia y emergencia<sup>(18)</sup>.

Autores consideran que el acto de clasificar el paciente necesita de un conjunto de condiciones y acciones que sustenten la evaluación del grado de complejidad del mismo<sup>(19-20)</sup>. Una evaluación y clasificación con priorización de la atención depende de aptitudes como la capacidad de estimar las condiciones con base en la queja principal del paciente<sup>(20)</sup>.

Los estudios nacionales sobre clasificación de riesgo todavía evalúan poco la concordancia de los enfermeros, en su mayoría analizan el perfil de la población

atendida y sus quejas<sup>(21-22)</sup>. Creemos que el enfermero posea competencias para la práctica del acogimiento con evaluación y clasificación de riesgo, pero se hace necesario capacitarle para esta actividad, ya que en su formación este contenido frecuentemente no está contemplado.

Limitaciones en este estudio fueron su desarrollo en un centro único, número reducido de enfermeros y uso de protocolo desarrollado en la propia institución, lo que dificulta la comparación con otros estudios.

Algunos estudios han intentado evaluar la concordancia entre profesionales que efectúan evaluación de riesgo. Sin embargo, existen dificultades para el desarrollo de investigaciones en escenarios reales. Así, una alternativa fue la creación de escenarios próximos a la realidad institucional.

## Conclusión

La clasificación es una actividad compleja que depende de las habilidades y competencias de los enfermeros, además de factores externos como el ambiente de trabajo.

En este estudio, la concordancia entre el grado de priorización de niveles de gravedad de los enfermeros y el protocolo institucional fue moderada en la mayoría de los casos.

La concordancia entre los pares, cuando observada en la densidad colorimétrica, fue baja, visualizada por las diversas tonalidades de gris claro.

En Brasil, algunas instituciones desarrollan protocolos propios, lo que hace fundamental el desarrollo de herramientas para evaluar el cumplimiento de los profesionales respecto con los protocolos, evidenciando las necesidades de capacitación para esta actividad, contribuyendo a la seguridad del paciente.

## Referencias

1. Furtado B, Araujo JLC Júnior, Cavalcanti PO. Profile of emergency users of Hospital da Restauração: an analysis of impacts following the municipalization of healthcare. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7(3):279-89.
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília; 2003.
3. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Evaluation of emergency hospital services in the state of Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(5):1881-90.
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. [acesso 9 nov 2012]. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>.

5. Almeida C, Travassos C. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv* 2000;30(1):129-62.
6. Bordin R, Huber LR. Fatores determinantes da superlotação do serviço de emergência do hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre; 2005.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Qualisus - Política de qualificação da atenção à saúde. Brasília; 2004.
8. 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
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília; 2009.
10. Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. História da classificação de risco: no mundo. [acesso 5 jun 2012]. Disponível em: [http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=74&Itemid=107](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107).
11. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(1):26-33.
12. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern Triage in the Emergency Department. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(50):892-8.
13. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (BR). Parecer Coren-SP CAT nº 014/2009. Triagem clínica por técnico/auxiliar de enfermagem. 2009. [acesso 10 mar 2012]. Disponível em: <http://www.inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/14.pdf>
14. Hospital Odilon Behrens (BR). Protocolo de acolhimento com classificação de risco. Belo Horizonte (MG): Hospital Odilon Behrens; 2006.
15. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
16. Grouse AI, Bishop RO, Bannon AM. The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. *Emerg Med J*. 2009;26(7):484-6.
17. Toledo AD. Acurácia de enfermeiros na classificação de risco [tese de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. 138p.
18. Göransson K, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. Ehnfors M. Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. *Scand J Caring Sci*. 2005;19:432-8.

19. Andersson AK, Omberg M, Svedlund M. Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nurs Crit Care*. 2006;11(3):136-45.
20. Handysides G. *Triage in Emergency Practice*. St Louis: Mosby; 1996.
21. Lopes JB, Karl IS. Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência: revisão integrativa. 2011. [acesso 10 mar 2012]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37529/000822594.pdf?sequence=1>
22. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho MAC Filho. Profile of the Population Cared for in a Referral Emergency Unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(3):548-56.

Recibido: 10.7.2012

Aceptado: 25.1.2013

*Como citar este artículo:*

Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Acogimiento con evaluación y clasificación de riesgo: concordancia entre los enfermeros y el protocolo institucional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar-abr. 2013 [acceso: / / ];21(2):[07 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

día | año  
mes abreviado con punto

URL