

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JADE FONSÊCA OTTONI DE CARVALHO

ANÁLISE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA EM HOSPITAL
PÚBLICO DE REFERÊNCIA EM BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade de Brasília.
Área de Concentração: Políticas, Práticas e
Cuidado em Saúde e Enfermagem
Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em
Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

BRASÍLIA

2015

JADE FONSÊCA OTTONI DE CARVALHO

ANÁLISE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM HOSPITAL PÚBLICO DE
REFERÊNCIA EM BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade de Brasília.
Área de Concentração: Políticas, Práticas e
Cuidado em Saúde e Enfermagem
Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em
Saúde e Enfermagem

Aprovado em 28 de agosto de 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro – Presidente da Banca
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Margarete Marques Lino – Membro Efetivo, Externo ao Programa
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Dirce Bellezi Guilhem – Membro Efetivo
Universidade de Brasília

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação obedeceu às normas da Associação Brasileira de Normas e Técnicas quanto à Informação e Documentação, vigentes no momento desta publicação:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. NBR 6028: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

_____. NBR 14724: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2005.

À minha mãe

*E a todos aqueles que encontram
obstáculos na busca da verdade científica*

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, que me acompanhou durante este período (e todos os outros) não apenas estando ao meu lado, mas carregando todos os desafios comigo, com tamanha dedicação, que estas palavras parecem insuficientes para agradecer.

Ao meu pai (*in memoriam*), que sempre me estimulou na dúvida, na curiosidade e na busca pelo conhecimento e que tanto gostaria de acompanhar este momento.

Ao meu namorado, que não apenas me apoiou, mas colaborou diretamente com minha pesquisa, ajudou a avaliar problemas e contribuiu com sugestões que, sem dúvida, enriqueceram meu trabalho.

Aos meus amigos, que foram compreensivos nos meus momentos de ausência, me deram suporte durante esse período, fazem parte indissociável da minha vida e sabem o carinho e gratidão que tenho por eles.

À minha família, que sempre me estimulou no alcance dos objetivos e torceu pelo meu êxito em todas as metas.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro, por me apresentar pacientemente as peculiaridades da vida acadêmica.

Às professoras Dra. Dirce Guilhem Bellezi, Dra. Margarete Marques Lino e Dra. Paula Elaine Diniz dos Reis, que acompanharam minha jornada universitária e crescimento científico desde a graduação e continuam contribuindo de maneira especial com as minhas conquistas e evolução profissional e pessoal.

Ao Estatístico Frederico, pela paciência nos esclarecimentos e no auxílio à análise estatística dos dados desta pesquisa.

Aos funcionários do Hospital de Base do Distrito Federal, local da pesquisa, que me auxiliaram em todos os processos burocráticos precursores da pesquisa e àqueles que me receberam com atenção da unidade de Classificação de Risco da instituição.

À Universidade de Brasília, que há 6 anos têm sido minha segunda casa, onde me senti em família, vivi algumas das experiências mais importantes, conheci pessoas que mudaram minha visão de mundo e aprendi a pensar com a minha própria cabeça.

À Coordenação de Apoio à Pesquisa e Ensino Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de mestrado acadêmico durante a realização da pesquisa.

Aos grandes divulgadores da ciência, que propulsionam continuamente novos pesquisadores na inquietação e no interesse pela descoberta.

Às demais professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, que ofereceram a base de conhecimento para a execução deste trabalho.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

APRESENTAÇÃO

Quando criança queria ser veterinária, talvez um indício da tendência para atuar no cuidado. Durou até eu descobrir que tinha uma terrível alergia a gatos e não poderia me restringir a cuidar apenas de cachorros. Então pensei em ser historiadora, paleontóloga, arqueóloga, astronauta – essa vontade ainda não passou –, advogada, arquiteta, jornalista e cientista – que na época me parecia uma profissão em que se descobriam compostos químicos, tratamentos médicos e respostas para a vida, o universo e todas as coisas. Finalmente decidi que minha aptidão era para a saúde, e foi quando cheguei ao curso de Enfermagem antes de finalizar o ensino médio.

A escolha da universidade nunca foi uma dúvida. Cresci apaixonada por Brasília e não tinha nenhuma pretensão de sair daqui. Mas a Universidade de Brasília nunca me pareceu a *única* alternativa de ensino superior público, mas a *melhor* alternativa. Nem toda a expectativa que tinha sobre essa universidade havia me preparado para o que eu encontraria. A graduação foi uma fase intensa de amadurecimento e cada vez se faz mais claro o diferencial da Universidade pensada por Darcy Ribeiro na formação acadêmica e – talvez até em maior escala – pessoal de seus estudantes.

Meu interesse pela emergência teve início antes mesmo da entrada na graduação. Aquela curiosidade com a adrenalina e o resultado imediato, associado ao sentimento de “It’s a beautiful day to save lives” (“É um belo dia para salvar vidas”, citando o personagem de seriado Derek Sheppard). Já a curiosidade pela pesquisa se desenvolveu dentro da universidade juntamente com o interesse pelas ciências mais básicas, como a física – cuja descrição caberá a outra oportunidade.

Um dos estímulos para a minha inserção na pesquisa foi a inquietação habitual gerada pela experiência universitária no curso. Foi ficando claro que não existiam respostas para várias perguntas e, para resolver essas situações, havia duas alternativas: esperar que alguém o fizesse ou descobrir eu mesma. A segunda opção me pareceu muito mais interessante.

O interesse pela divulgação científica foi um grande motivador da minha iniciação na pesquisa, e posso dizer que sempre tive grande inspiração de grandes divulgadores de ciência: Stephen Hawking, Marcelo Gleiser, Miguel Nicolelis, e, especialmente, Carl Sagan.

Um tanto cética, acredito que temos diversos métodos para busca de respostas (empírico, religioso/espiritual, filosófico), mas que apenas o científico é válido e efetivo em descrever nosso mundo e como ele funciona, não de forma 100% verdadeira, mas cada vez mais próximo da realidade, como uma função exponencial que se aproxima do eixo.

O tema de pesquisa dessa dissertação também me pareceu muito pertinente na medida em que poderia contribuir para a obtenção de dados que não haviam sido encontrados de outras formas, bem como a aplicação real dos resultados em processos de gestão institucional e atenção aos usuários desse tipo de instituição. Tudo isso foi feito com a intenção de que fosse relevante na melhora da qualidade e da efetividade do atendimento ao paciente, que é o foco quando se trata do processo do cuidado.

Hoje em dia a aplicação do meu interesse pela emergência mudou, evidentemente decidi pelo mestrado em vez da residência. No que trata da Enfermagem, em geral se associa a profissão à assistência direta ao paciente e, ocasionalmente, ao gerenciamento de serviços. Com menos frequência se fala do(a) enfermeiro(a) pesquisador ou educador e, quando isso é feito, pode ser visto com menos crédito. Eu, no entanto, fico orgulhosa em constatar que tive uma formação que me preparou não apenas para a assistência, mas para a função mais essencial da descoberta. E assim, além de enfermeira, fui parar na nona profissão que planejei quando criança – cientista. As dúvidas agora são outras e a maneira de respondê-las também mudou. A inquietação continua a mesma.

*“Existem muitas hipóteses na ciência que estão erradas.
Isso é perfeitamente aceitável, elas são a abertura para achar as que estão certas”.*

(Carl Sagan)

RESUMO

CARVALHO JFO. **Análise da classificação de risco em emergência em hospital público de referência em Brasília, Distrito Federal.** 2015. 183 páginas. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

Introdução: Os serviços hospitalares de emergência têm sido utilizados pela população como porta de entrada para o sistema de saúde mesmo em casos menos complexos, causando filas, superlotação e demora para atendimento. Como forma de abordar este contexto, nacional e internacionalmente têm sido recomendados e adotados sistemas de classificação de risco que visam organizar os fluxos de pacientes por meio da priorização para atendimento daqueles que apresentam casos mais graves e, conseqüentemente, apresentam maior risco de complicações e agravos durante o tempo de espera. O estudo teve como objetivo avaliar o sistema de Classificação de Risco da unidade de emergência de hospital público de referência.

Método: Estudo exploratório descritivo, quantitativo, com delineamento transversal, realizado no Hospital de Base do Distrito Federal. Foram utilizadas três amostras: a primeira constituída de sete profissionais atuantes no serviço para sua caracterização e avaliação do serviço; a segunda incluiu 180 usuários do serviço abordados pessoalmente para caracterização, análise de dados do atendimento e avaliação do serviço; e a terceira formada por 169 usuários do serviço analisados unicamente pelo sistema informatizado de prontuários da instituição, para sua caracterização e coleta de dados de atendimento. Análise dos dados foi realizada pela catalogação dos achados pelo software Epi Info e submetidos a análise estatística descritiva e inferencial, por meio do software R. Para verificação do estudo foi utilizado o checklist STROBE. **Resultados:** O serviço de classificação de risco utilizando o Protocolo de Manchester foi implementado em 2012 e são atendidos cerca de 600 pacientes diariamente na unidade. Todos os profissionais classificadores são enfermeiros, em sua maioria mulheres, com dois vínculos empregatícios, algum tipo de pós-graduação e média de 13 anos de formação, que, no geral, classificaram o serviço como “bom”. A maioria dos usuários pesquisados, nas duas amostras, era do sexo masculino, com ensino médio completo, empregados, com média de idade entre 36 e 40 anos e oriundos de regiões do Distrito Federal que possuem suas próprias regionais de referência. Os atendimentos se concentraram nas quartas e quintas-feiras, durante a manhã e a tarde. A maior parte dos pacientes procurou o serviço por demanda espontânea; foi classificada na cor verde ou amarela; atendida pela

ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia e urologia; com queixas de ouvido, olhos, vias aéreas e traumas em membros; e diagnósticos de otite, cerume, corpo estranho em cavidade, conjuntivite e entorse de membro, apesar de mais frequente a ausência de diagnóstico. As cores de classificação com maiores níveis de prioridade estão associadas a desfechos mais complexos, como internação. Os usuários avaliaram o serviço em geral como “bom”.

Conclusão: O serviço de classificação de risco foi avaliado nos dois grupos de análise como “bom”. O protocolo utilizado apresentou boa validade preditiva. Mostram-se necessárias formas de acompanhar o tempo de espera por atendimento médico dos usuários após a classificação de risco. Foram notadas dificuldades dos profissionais para atendimento da alta demanda e um grande déficit na rede de referência e contrarreferência, sendo esse um dos maiores obstrutores na organização dos fluxos de pacientes na rede de saúde.

Palavras-chave: serviço hospitalar de emergência; triagem; enfermagem em emergência; acolhimento; emergências; qualidade da assistência à saúde; avaliação de processos; avaliação de resultados; satisfação do paciente.

ABSTRACT

CARVALHO JFO. **Analysis of emergency risk rating in public referral hospital in Brasilia, Distrito Federal.** 2015. 183 páginas. Dissertation (Master's degree) – Postgraduate Program of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2015.

Introduction: Hospital emergency services have been used by the population as the gateway to the health care system even in less complex cases, generating queues, overcrowding and delays for care. In order to address this context, nationally and internationally it have been recommended and adopted risk rating systems aimed at organizing the flow of patients through the prioritization of those who have more severe cases and therefore at greater risk of complications and disorders during the waiting time. The study aimed to assess the risk classification system of a public referral hospital emergency unit. **Method:** A descriptive exploratory study, quantitative, with cross-sectional design, performed in the Hospital de Base do Distrito Federal. Three samples were used: the first consists of seven professionals working in service to obtain their characterization and evaluation of the service; the second included 180 users of the service addressed personally to characterization, attendance data analysis and evaluation of the service; and the third consists of 169 service users analyzed solely by the computerized system for the institution's records, for its characterization and attendance data. Data analysis was performed by cataloging the findings by Epi Info software and submitted to descriptive and inferential statistical analysis using the R software. To check the study it was used the STROBE Statement. **Results:** The risk rating service using Manchester Triage System was implemented in 2012 and are serviced about 600 patients daily in the unit. All classifiers are nurses, mostly women, with two employment contracts, some sort of postgraduate studies and average 13 years of education, which, in general, rated the service as "good". Most users surveyed in the two samples were male, with secondary education, employees, with an average age between 36 and 40 years and come from regions of Distrito Federal that have their own regional reference. The attendances focused on Wednesdays and Thursdays during the morning and the afternoon. Most patients sought the service by spontaneous demand; were classified as green or yellow; served by orthopedics, otolaryngology, ophthalmology and urology, with ear, eyes and airways complaints and trauma on members; diagnosed with otitis, earwax, foreign body in the cavities, conjunctivitis and members sprain, despite the major frequency of no diagnosis. The color rating with higher priority levels are associated with more complex outcomes such as hospitalization.

Users rated the overall service as "good". **Conclusion:** The risk rating service was evaluated in the two focus groups as "good". The protocol used showed good predictive validity. Seems to be necessary arrangements for monitoring users waiting times for medical care after the rating. Were noted difficulties of professionals with high demand of service and a large lack in the reference and counter-reference network, which is a major impeding the organization of patient flows within the health system.

Keywords: emergency service, hospital; triage; emergency nursing; user embracement; emergencies; quality of health care; process assessment; outcome assessment; patient satisfaction

RESUMEN

CARVALHO JFO. **Análisis de la clasificación de riesgo en emergencia en hospital público de referencia en Brasilia, Distrito Federal.** 2015. 183 páginas. Disertación (Maestría) – Programa de Posgrado de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2015.

Introducción: servicios de urgencias de los hospitales han sido utilizados por la población como la puerta de entrada al sistema de atención de salud, incluso en los casos menos complejos, causando as colas, el hacinamiento y las demoras para la atención. Neste contexto, se han recomendado sistemas de calificación de riesgo destinadas a asignar prioridades para aquellos que tienen mayor riesgo de complicaciones y trastornos durante el tiempo de espera. El objetivo del estudio fue evaluar el sistema de clasificación de riesgo de la unidad de emergencia de un hospital público de referencia. **Método:** Estudio descriptivo exploratorio, cuantitativo, con diseño transversal, realizado en el Hospital de Base del Distrito Federal. Se utilizaron tres muestras: la primera comprendía siete profesionales para su caracterización y evaluación del servicio; el segundo incluye 180 usuarios dirigidos personalmente para la caracterización, análisis de datos de llamadas y la evaluación del servicio; y el tercero consiste en 169 usuarios analizados únicamente por el sistema informatizado de registros, para su caracterización y colección de datos de llamadas. El análisis de datos se realizó mediante la catalogación e análisis estadística con los softwares Epi Info y R. Para verificar el estudio se utilizó la lista de verificación STROBE. **Resultados:** El servicio de clasificación de riesgo utilizando el protocolo de Manchester se implementó en 2012 y se limpian a unos 600 pacientes al día en la unidad. Todos los clasificadores son enfermeros, en su mayoría mujeres, con dos contratos de trabajo, algún tipo de posgraduación y un promedio de 13 años de educación, que, en general, calificaron el servicio como "bueno". La mayoría de los usuarios investigados en las dos muestras eran de sexo masculino, con la educación secundaria, empleados, con una edad promedio entre 36 y 40 años y provienen de regiones del Distrito Federal que tienen su propia regional de referencia. Las sesiones se centraron en miércoles y jueves por la mañana y la tarde. La mayoría de los pacientes buscaron el servicio por demanda espontánea, fueron clasificados en el verde o amarillo, servidos por la ortopedia, otorrinolaringología, oftalmología y urología, con quejas de oído, ojos, vías respiratorias y los traumatismos en los miembros; y los diagnósticos de otitis, cerumen, cuerpo extraño en cavidades, conjuntivitis y esguince de miembro, a pesar de más frecuente la ausencia de

diagnóstico. La calificación de colores con niveles de mayor prioridad se asocia con resultados más complejos, como la hospitalización. Usuarios han clasificado el servicio en general como "bueno". **Conclusión:** El servicio de calificación de riesgo se evaluó en los dos grupos de enfoque como "bueno". El protocolo utilizado mostró una buena validez predictiva. Se necesitan estudios para el seguimiento de los tiempos de espera para la atención médica de los usuarios después de la clasificación de riesgo. Se observaron dificultades de los profesionales a la alta demanda de servicio y un gran déficit en la red de referencia y contra-referencia, lo cual es un gran obstructor de la organización de los flujos de pacientes dentro del sistema de salud.

Palabras clave: servicio de urgencia en hospital; triaje; enfermería de urgencia; acogimiento; urgencias médicas; calidad de la atención de salud; evaluación de proceso; evaluación de resultado; satisfacción del paciente.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação das publicações quanto a ano, autor e título do artigo.	6
Quadro 2 - Classificação dos artigos quanto a periódico, fator de impacto (FI), Qualis CAPES e local de publicação.....	8
Quadro 3 - Classificação dos artigos quanto a tipo de estudo, abordagem, fonte de dados e nível de evidência (NE).	9
Quadro 4 - Níveis de classificação do Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS).	23
Quadro 5 - Níveis de classificação do Emergency Severity Index (ESI).....	24
Quadro 6 - Níveis de classificação da Australasian Triage Scale (ATS).....	25
Quadro 7 - Níveis de classificação do Sistema de Triagem de Manchester (STM).....	26
Quadro 8 - Cronograma de coleta de dados da pesquisa (março e abril de 2015).	38
Quadro 9 - Catalogação dos profissionais quanto à posse de especialização.....	45
Quadro 10 - Síntese do conteúdo dos itens avaliados.	47
Quadro 11 - Pontuação média por item e avaliação geral do questionário de profissionais. ...	61
Quadro 12 - Síntese do conteúdo avaliado nos itens da primeira parte do questionário.....	86
Quadro 13 - Síntese do conteúdo avaliado nos itens da segunda parte do questionário.	87

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Classificação dos profissionais que atendem na classificação de risco quanto a sexo.....	45
Gráfico 2 - Tempo (em anos completos) de profissão, atuação na instituição, atuação na unidade de emergência e atuação na classificação de risco para cada profissional.	46
Gráfico 3 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 1.....	48
Gráfico 4 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 2.....	49
Gráfico 5 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 3.....	49
Gráfico 6 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 4.....	50
Gráfico 7 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 5.....	50
Gráfico 8 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 6.....	51
Gráfico 9 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 7.....	51
Gráfico 10 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 8.....	52
Gráfico 11 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 9.....	52
Gráfico 12 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 10.....	53
Gráfico 13 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 11.....	53
Gráfico 14 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 12.....	54
Gráfico 15 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 13.....	54
Gráfico 16 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 14.....	55
Gráfico 17 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 15.....	55
Gráfico 18 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 16.....	56
Gráfico 19 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 17.....	56
Gráfico 20 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 18.....	57
Gráfico 21 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 20.....	57
Gráfico 22 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 21.....	58
Gráfico 23 - Distribuição dos itens quanto à avaliação atribuída a partir das pontuações.	62
Gráfico 24 - Avaliação da dimensão Estrutura a partir das pontuações dos itens atribuídas por cada profissional.	63
Gráfico 25 - Avaliação da dimensão Processo a partir das pontuações dos itens atribuídas por cada profissional.	64
Gráfico 26 - Avaliação da dimensão Resultado a partir das pontuações dos itens atribuídas por cada profissional.	65
Gráfico 27 - Pontuações e avaliação da Classificação de Risco por profissional.	66

Gráfico 28 - Pontuação final atribuída por cada profissional ao questionário de avaliação em função do tempo de atuação na unidade de emergência.....	67
Gráfico 29 - Distribuição dos usuários por sexo.	69
Gráfico 30 - Frequência de usuários quanto à faixa etária.	70
Gráfico 31 - Frequência de usuários quanto à escolaridade.	71
Gráfico 32 - Frequência de usuários quanto ao dia da semana.	74
Gráfico 33 - Frequência de usuários quanto ao turno de atendimento.	75
Gráfico 34 - Frequência de usuários quanto ao motivo de direcionamento.	75
Gráfico 35 - Frequência de usuários quanto à cor de classificação.....	77
Gráfico 36 - Frequência de usuários quanto à especialidade para atendimento.....	80
Gráfico 37 - Frequência de usuários quanto ao desfecho.....	85
Gráfico 38 - Distribuição das respostas dos usuários para o item A.	86
Gráfico 39 - Distribuição das respostas dos usuários para o item B.	87
Gráfico 40 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 1.....	88
Gráfico 41 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 2.....	88
Gráfico 42 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 3.....	89
Gráfico 43 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 4.....	89
Gráfico 44 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 5.....	90
Gráfico 45 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 6.....	90
Gráfico 46 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 7.....	91
Gráfico 47 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 8.....	91
Gráfico 48 - Distribuição das avaliações dos usuários para os itens.	92
Gráfico 49 - Desempenho dos itens a partir da avaliação dos usuários.	92
Gráfico 50 - Média de pontuação dos itens dos questionários de usuários.	93
Gráfico 51 - Valores das pontuações médias de avaliação em função da idade.	94
Gráfico 52 - Comparação das variações de avaliação dos usuários e frequência de atendimento pelos dias da semana.....	95
Gráfico 53 - Comparação das variações de avaliação dos usuários e frequência de atendimento por turno do dia.	97
Gráfico 54 - Distribuição dos usuários por sexo.	98
Gráfico 55 - Frequência de usuários quanto à faixa etária.	99
Gráfico 56 - Frequência de atendimento de usuários quanto ao dia da semana.....	102
Gráfico 57 - Frequência de atendimento de usuários quanto a turno do dia.	102
Gráfico 58 - Frequência de usuários quanto ao meio de chegada.	103

Gráfico 59 - Frequência de usuários quanto à forma de entrada.	104
Gráfico 61 - Frequência de usuários quanto à especialidade de atendimento.	107
Gráfico 62 - Frequência de usuários quanto a desfecho.	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Teste Mann-Whitney para sexo dos profissionais e os tempos de atuação.....	46
Tabela 2 - Catalogação das respostas dos profissionais entrevistados para cada item.....	58
Tabela 3 - Catalogação das respostas dos profissionais entrevistados para cada item após inversão dos itens negativados, pontuações por profissional, média de pontuação por item e média final de pontuação do instrumento.....	59
Tabela 4 - Avaliação dos itens a partir da pontuação média.	60
Tabela 5 - Itens correspondentes a cada dimensão de avaliação.	62
Tabela 6 - Avaliação das dimensões a partir da pontuação.	62
Tabela 7 - Pontuações dos itens da dimensão Estrutura.	63
Tabela 8 - Pontuações dos itens da dimensão Processo.	64
Tabela 9 - Pontuações dos itens da dimensão Resultados.	65
Tabela 10 - Avaliação da Classificação de Risco pelos profissionais a partir da pontuação do instrumento.	66
Tabela 11 - Correlação de Spearman entre a pontuação final de avaliação dos profissionais e o tempo de profissão, atuação na instituição e na unidade de emergência.....	67
Tabela 12 - Correlação de Spearman entre a pontuação final de avaliação dos profissionais e a quantidade de vínculos empregatícios.....	67
Tabela 13 - Correlação de Spearman entre vínculo empregatício e as variáveis de tempo de atuação.	68
Tabela 14 - Teste Mann-Whitney para vínculo empregatício e sexo dos profissionais.	68
Tabela 15 - Medidas e valores para idade dos usuários.	70
Tabela 16 - Frequência de usuários quanto a ocupação.	71
Tabela 17 - Frequência de usuários quanto à procedência.	73
Tabela 18 - Teste Qui-quadrado para motivo de direcionamento e as variáveis especialidade de atendimento e desfecho.....	76
Tabela 19 - Cruzamento em frequências relativas entre motivos de direcionamento e especialidade.....	76
Tabela 20 - Cruzamento em frequências relativas entre motivo de direcionamento e desfecho.	76
Tabela 21 - Teste Qui-quadrado para sexo e cor da classificação.....	77
Tabela 22 - Cruzamentos entre frequências relativas de cor da classificação e sexo (colunas).	78

Tabela 23 - Cruzamentos entre frequências relativas de cor da classificação e sexo (linhas).	78
Tabela 24 - Teste Qui-quadrado para dia da semana e cor da classificação.	78
Tabela 25 - Cruzamentos de frequências relativas entre dia da semana e cor da classificação.	79
Tabela 26 - Teste Qui-quadrado para turno de atendimento e cor da classificação.	79
Tabela 27 - Cruzamentos de frequências relativas entre turno de atendimento e cor da classificação.	79
Tabela 28 - Teste Qui-quadrado para cor de classificação e especialidade.	80
Tabela 29 - Frequência de usuários quanto à queixa principal relatada durante consulta médica.	81
Tabela 30 - Teste Qui-quadrado de idade com a variável queixa.	82
Tabela 31 - Frequência de usuários quanto a diagnóstico.	83
Tabela 32 - Medidas e valores para tempo de permanência dos usuários.	84
Tabela 33 - Categorização do tempo de permanência por desfecho do usuário.	84
Tabela 34 - Categorização do tempo de permanência por cor de classificação.	84
Tabela 35 - Teste Qui-quadrado para cor de classificação e desfecho.	85
Tabela 36 - Cruzamentos de frequências relativas entre cor da classificação e desfecho.	85
Tabela 37 - Avaliação da Classificação de Risco pelos usuários a partir da pontuação do instrumento.	93
Tabela 38 - Correlação de Spearman entre pontuação média de avaliação e idade.	94
Tabela 39 - Teste ANOVA para avaliação do serviço e a variável dia de atendimento na semana.	94
Tabela 40 - Cruzamento simples para comparação de pontuações das avaliações dos usuários em relação aos dias da semana.	95
Tabela 41 - Teste ANOVA para avaliação do serviço e a variável turno de atendimento.	96
Tabela 42 - Teste Tukey para comparação de turnos em relação à avaliação dos usuários.	96
Tabela 43 - Cruzamento simples para comparação de pontuações das avaliações dos usuários em relação aos turnos de atendimento.	96
Tabela 44 - Teste ANOVA para avaliação do serviço e as variáveis escolaridade, motivo de direcionamento à unidade, procedência e profissão.	97
Tabela 45 - Teste ANOVA para avaliação do serviço e a variável motivo de direcionamento à unidade.	97
Tabela 46 - Teste ANOVA para avaliação do serviço e a variável procedência.	97
Tabela 47 - Teste ANOVA para avaliação do serviço e a variável profissão.	98

Tabela 48 - Medidas e valores para idade dos usuários.	99
Tabela 49 - Frequência de usuários quanto à procedência.	100
Tabela 50 - Frequência de atendimento de usuários quanto à semana do mês.	101
Tabela 51 - Teste Qui-quadrado para meio de chegada e cor de classificação.	103
Tabela 52 - Cruzamento de frequências relativas entre meio de chegada e cor de classificação.	103
Tabela 53 - Teste Qui-quadrado para dia da semana e entrada.	104
Tabela 54 - Cruzamento de frequências relativas entre dia da semana e via de entrada.	104
Tabela 55 - Teste ANOVA para idade e cor da classificação.	105
Tabela 56 - Teste Tukey para comparação das cores de classificação sobre a idade.	106
Tabela 57 - Cruzamento das frequências relativas de idade e cores de classificação.	106
Tabela 58 - Teste ANOVA para idade e especialidade.	107
Tabela 59 - Teste Tukey para comparação das especialidades sobre a idade.	107
Tabela 60 - Cruzamento de frequências relativas entre idade e especialidade.	108
Tabela 61 - Frequência de usuários quanto à queixa.	109
Tabela 62 - Teste ANOVA para tempo de permanência e queixa.	110
Tabela 63 - Teste Qui-quadrado para turno de atendimento e queixa.	111
Tabela 64 - Frequência de usuários quanto a diagnóstico.	112
Tabela 65 - Teste ANOVA para tempo de permanência e diagnóstico.	112
Tabela 66 - Medidas e valores para tempo de permanência dos usuários.	113
Tabela 67 - Categorização do tempo de permanência por desfecho do usuário.	113
Tabela 68 - Categorização do tempo de permanência por cor de classificação.	113
Tabela 69 - Teste ANOVA para tempo de permanência e cor de classificação.	114
Tabela 70 - Teste ANOVA para tempo de permanência e especialidade.	114
Tabela 71 - Teste ANOVA para idade e desfecho.	115
Tabela 72 - Teste Tukey para comparação dos desfecho sobre a idade.	115
Tabela 73 - Cruzamentos de frequências relativas entre idade e desfecho.	116
Tabela 74 - Teste ANOVA para tempo de permanência e desfecho.	116
Tabela 75 - Cruzamento entre tempo de permanência e desfecho dos usuários.	116

LISTA DE SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
CEP/Fepecs	Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
CEP/FS	Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília
CEPEC-HBDF	Centro de Pesquisa Clínica do Hospital de Base do Distrito Federal
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Coren-MG	Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais
Coren-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização
NEPS/HBDF	Núcleo de Ensino e Pesquisa em Saúde do Hospital de Base do Distrito Federal
PAB	Perfuração por arma branca
PAF	Perfuração por arma de fogo
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAS	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
STM	Sistema de Triagem de Manchester
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DE LITERATURA	3
2.1 REVISÃO INTEGRATIVA	3
2.3 SERVIÇOS HOSPITALARES DE EMERGÊNCIA	12
2.4 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	13
2.5 TRIAGEM, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ACOLHIMENTO	14
2.6 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO BRASIL	17
2.6.1 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH (2001)	17
2.6.2 Política Nacional de Humanização - PNH (2004)	18
2.6.3 Acolhimento com classificação de risco	20
2.7 PROTOCOLOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA	22
2.7.1 Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)	23
2.7.2 Emergency Severity Index (ESI)	23
2.7.3 Australasian Triage Scale (ATS)	24
2.8 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	27
2.9 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	29
2.8.1 Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS)	29
3 OBJETIVOS	31
3.1 OBJETIVO GERAL	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4 MÉTODOS	32
4.1 TIPO DE ESTUDO	32
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DO ESTUDO	32
4.2.1 Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF)	32
4.3 ETAPAS DO ESTUDO	33
4.4 PERÍODO DE OBSERVAÇÃO	34
4.5 COLETA DE DADOS	34
4.5.1 Eixo 1 – Profissionais: caracterização dos profissionais e avaliação do serviço	34
4.5.2 Eixo 2 – Usuários: caracterização dos usuários e avaliação do serviço	36
4.5.3 Eixo 3 – Usuários: caracterização dos usuários e dados do atendimento	39
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	41
4.7 VERIFICAÇÃO DA DESCRIÇÃO DO ESTUDO	42

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	42
5 RESULTADOS	44
5.1 EIXO 1 – PROFISSIONAIS: CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E AVALIAÇÃO DO SERVIÇO.....	44
5.1.1 Caracterização	44
5.1.2 Avaliação	47
5.2 EIXO 2 – USUÁRIOS: CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS E AVALIAÇÃO DO SERVIÇO.....	68
5.2.1 Caracterização	68
5.2.2 Dados do atendimento	74
5.2.3 Avaliação	85
5.3 EIXO 3 – USUÁRIOS: CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS E DADOS DE ATENDIMENTO	98
5.3.1 Caracterização	98
5.3.2 Dados do atendimento	100
6 DISCUSSÃO	117
6.1 EIXO 1 – PROFISSIONAIS	117
6.1.1 Caracterização dos profissionais	117
6.1.2 Avaliação	121
6.2 EIXOS 2 E 3 – USUÁRIOS	135
6.2.1 Caracterização dos usuários	136
6.2.2 Dados relativos ao atendimento.....	138
6.2.3 Avaliação do serviço	148
7 CONCLUSÃO.....	154
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
APÊNDICE	168
ANEXOS	175

1 INTRODUÇÃO

Os serviços hospitalares de emergência são importantes referências no que se refere a atendimentos urgentes, porém, atualmente têm operado acima de suas capacidades, por excesso de usuários e déficit de recursos estruturais, materiais e humanos (LIMA NETO et al., 2013a; ZANELATTO; DAL PAI, 2010). O resultado desse contexto não é apenas a superlotação, grandes filas e descontentamento dos usuários (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a), mas também o desperdício de recursos, sobrecarga dos profissionais, desorganização do serviço e da equipe, entre outros aspectos (AZEVEDO; BARBOSA, 2007; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a; ZANELATTO; DAL PAI, 2010).

Esse cenário está fortemente relacionado à visão desses serviços como porta de entrada do sistema de saúde, não apenas para atendimentos de emergência, mas também para casos de menor complexidade que em geral deveriam ser referenciados a unidades de atenção básica, ressaltando o modelo biomédico e hospitalocêntrico de cuidado em saúde que ainda predomina (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

Aliado aos resultados de avaliação de satisfação dos usuários no que se refere à atenção à saúde, levou ao lançamento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2001), seguido pela Política Nacional de Humanização, que tem sido afirmada como instrumento para qualificação da atenção em saúde, tanto em relação a seus aspectos concernentes ao acolhimento e assistência ao paciente, quanto no que se refere à gestão organizacional dos serviços (BRASIL, 2004a).

Outros países também convivem com esse quadro e, desse modo, a implementação de sistemas de classificação de risco mundialmente tem sido utilizada como forma de organizar os serviços e fluxo de pacientes, pela priorização dos pacientes mais graves e definição dos tempos-alvo de atendimento, conforme complexidade dos casos (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; DURO; LIMA, 2010). Apesar disso, deve ser ressaltado que a classificação de risco por si só não é suficiente para resolver os problemas de superlotação hospitalar, que estão relacionados à toda a organização do sistema de saúde e suas portas de entrada (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

A Classificação de Risco se refere a métodos de recepção e avaliação dos pacientes que visa organizá-los em relação aos atendimentos quanto ao nível de complexidade dos casos, priorizando aqueles mais graves e prevenindo possíveis agravos durante os tempos de espera, dessa forma não funcionando mais por ordem de chegada (BRASIL, 2006a).

A implantação dos serviços de classificação de risco tem sido associada à organização do tempo de espera dos pacientes, encaminhamento para a especialidade correta, melhora do prognóstico, bem como aumento do nível de satisfação do usuário (GANLEY; GLOSTER, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco em todas as unidades hospitalares de emergência, porém não estabelece protocolo padrão que deva ser adotado, cada serviço tem autonomia para escolha ou elaboração de procedimento que seja mais adequado ao seu contexto (BRASIL, 2009). Dessa forma, algumas unidades optam pela utilização de protocolos institucionais, outras, por protocolos já estabelecidos, validados e utilizados em outros serviços.

Internacionalmente têm sido utilizados diversos protocolos para classificação que vêm sendo testados e atualizados desde sua elaboração, sendo os mais reconhecidos o Australasian Triage Scale (ATS) (Austrália), Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) (Canadá), Emergency Severity Index (ESI) (Estados Unidos) e Manchester Triage System (MTS) (Inglaterra), sendo este último o mais conhecido e utilizado no Brasil.

Considerando-se que a maior parte dos protocolos institucionais elaborados no Brasil não é submetida a estudos consistentes de validação (OLIVEIRA et al., 2013; SILVA et al., 2014) e que aqueles internacionais não necessariamente são adaptados aos contextos dos serviços e regiões em que eles se inserem, torna-se fundamental a realização de pesquisas de forma a avaliar o funcionamento e resultados desses sistemas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 REVISÃO INTEGRATIVA

Para se analisar o estado da arte no tema de Classificação de Risco em Emergência no Brasil, foi realizada revisão integrativa de literatura, baseada em protocolo de revisão sistemático, de modo a incluir o máximo de estudos publicados sobre o tema.

A revisão integrativa é considerada um método de pesquisa que, de maneira sistemática e ordenada, visa incorporar evidências na prática assistencial (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008) sumarizando pesquisas já realizadas e, a partir disso, produzindo conclusões sobre o estado da literatura em um tópico específico (BEYEA; NICOLL, 1998; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

É diferente das revisões sistemáticas e das metanálises. As primeiras se propõem a investigar em geral estudos experimentais, como ensaios clínicos randomizados, e avaliar o nível de evidência para determinadas intervenções. Infelizmente, a produção de estudos com estes delineamentos ainda é restrita na enfermagem (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). As metanálises empregam instrumentos estatísticos na análise de diversos estudos primários, visando reduzir a subjetividade da análise e aumentar a validade dos resultados encontrados. Para isso, os métodos dos estudos utilizados devem ser muito similares, a fim de comparar os efeitos ou intervenções estudados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Considerando-se o escopo de publicações na área da enfermagem (a diversidade de delineamentos, porém com pouca produção de estudos clínicos randomizados), a revisão integrativa se mostra um método importante de análise de literatura. Isso porque permite a inclusão de pesquisas de diversas metodologias (experimental e não-experimental, teórica e empírica). Porém, pela diversidade de metodologias empregadas nos estudos de onde os dados são extraídos, é importante que a revisão integrativa seja conduzida utilizando-se método explícito e sistemático de modo a se evitar vieses e aumentar a acurácia das conclusões (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para a estruturação da revisão, pela ausência de instrumento específico para avaliação de revisões integrativas, foi adotado o checklist PRISMA Statement (MOHER et al., 2010), para estudos de revisões sistemáticas ou metanálises, de modo a sistematizar o processo de revisão, aumentando a confiabilidade dos resultados.

O PRISMA Statement (MOHER et al., 2010) é uma atualização das orientações do QUORUM Statement (MOHER et al., 1999), elaborado pelo mesmo grupo de pesquisa, de

forma a incluir atualizações teóricas e práticas na ciência das revisões sistemáticas (MOHER et al., 2010).

No desenvolvimento da pesquisa foi utilizado como referencial a metodologia proposta por Whitemore & Knafl (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Dessa forma, o protocolo de pesquisa a seguir foi produzido de acordo com as seguintes etapas:

1. Identificação do problema;
2. Busca na literatura;
3. Avaliação dos dados;
4. Análise dos dados;
5. Apresentação da síntese do conhecimento.

Pergunta norteadora: “Como se caracterizam atualmente os serviços de Classificação de Risco em Emergência no Brasil quanto à sua implantação, operacionalização e avaliação?”, elaborada a partir da utilização da estratégia P.V.O., que considera o Problema de pesquisa, as Variáveis envolvidas e os resultados (ou Outcomes) (BIRUEL; PINTO, 2011); os quais corresponderam, respectivamente, às informações acerca do objeto de estudo, a produção científica utilizada para coleta de dados e a identificação da literatura científica a respeito do tema. Esta estratégia é uma adaptação da técnica conhecida como P.I.C.O. (do acrônimo Problem, Intervention, Control, Outcomes) usualmente utilizada para transformar uma dúvida em pergunta de pesquisa (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). A estratégia P.V.O. se mostra mais apropriada em relação a revisões integrativas, já que elas não necessariamente se propõem a comprovar intervenções específicas, como ocorre nas metanálises.

Bases de dados consultadas: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).

Descritores:

Português: “classificação AND risco AND emergência”, “triagem AND emergência”, “protocolo AND Manchester”.

Inglês: “risk AND classification OR rating AND emergency AND Brazil”, “triage AND emergency AND Brazil”, “Manchester AND (protocol OR triage AND system) AND Brazil”.

Espanhol: “clasificación AND riesgo AND Brasil”, “triaje AND emergencia AND Brasil”, “protocolo AND Manchester AND Brasil”.

Como base para escolha dos descritores, foi utilizado DECS (Descritores em Ciências da Saúde), No entanto, foram incluídas algumas expressões que não constam na fonte utilizada já que, pela atualidade do tema, ainda não estão disponíveis, porém são de extrema importância para a pesquisa do tema.

Período de pesquisa: fevereiro a março de 2015.

Período de abrangência: não foi delimitado de modo a incluir o máximo de estudos referentes utilização de sistemas de classificação de risco em emergência no Brasil. Isso porque este tema de pesquisa ainda é recente, já que a implantação destes serviços teve seu início especialmente após a diretriz de Acolhimento e Classificação de Risco, como parte da Política Nacional de Humanização lançada pelo Ministério da Saúde em 2009 (BRASIL, 2004a, 2009).

Critérios de Inclusão:

- estudos referentes à implantação, operacionalização e avaliação dos sistemas de classificação de risco, especialmente protocolo de Manchester, o mais amplamente utilizado no Brasil;
- estudos publicados em revistas indexadas em bases de dados eletrônicas;
- artigos científicos;
- textos disponíveis na íntegra.

Critérios de exclusão:

- estudos que não se enquadrassem nos objetivos desta pesquisa;
- estudos publicados em revistas não indexadas;
- dissertações, teses e livros-textos;
- textos não disponíveis eletronicamente na íntegra.

Etapas de análise dos estudos encontrados:

1. título
2. resumo
3. palavras-chave
4. conteúdo

Avaliação dos dados: A partir da busca dos artigos com a utilização do protocolo foram encontrados 1657 artigos, dos quais, excluindo-se aqueles duplicados, indisponíveis online ou teses, foram removidos 127. Dos 1530 selecionados foram removidos 1498 por não se adequarem ao tema. Sendo assim, foram incluídos na revisão 32 artigos.

Análise dos dados: Nos artigos encontrados foi aplicado roteiro para extração de dados de interesse, elaborado após primeira análise geral e observação dos temas de destaque abordados nos artigos. O roteiro foi constituído dos seguintes itens: protocolo de classificação de risco a que se referia a pesquisa; nomenclatura empregada (*triagem, classificação de risco* ou *acolhimento com classificação de risco*); referências à superlotação de hospitais e sistemas de referência e contrarreferência; validade e confiabilidade do protocolo estudado; capacitação dos profissionais classificadores; humanização; vantagens e dificuldades da utilização do sistema; e Sistema de Classificação de Manchester. Eles também foram catalogados de acordo com Matriz de Síntese (KLOPPER; LUBBE; RUGBEER, 2007), quanto a ano; autor; título do artigo (**Quadro 1**); periódico; fator de impacto, obtido através do Journal of Citation Reports – Thomson Reuters 2013-2014; Qualis CAPES dos periódicos; local de pesquisa (**Quadro 2**); tipo de estudo; abordagem; fonte de coleta de dados utilizados na pesquisa; e nível de evidência, classificado conforme proposto por Melnyk (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011) (**Quadro 3**). Quanto ao quesito referente à utilização de checklist adequado ao tipo de estudo, nenhum dos artigos selecionados citou o seu uso.

Quadro 1 - Classificação das publicações quanto a ano, autor e título do artigo.

Ano	Autor	Título do Artigo
2007	Albino, Grosseman, Riegenbach	Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade: relato de caso
2008	Souza, Bastos	Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro
2010	Duro, Lima	O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências: análise da literatura
2010	Zanelatto, Dal Pai	Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem
2011	Dal Pai, Lautert	Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco
2011	Nascimento, Hilsendeger, Neth, Belaver, Bertoncetto	Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência
2011	Nascimento, Hilsendeger, Neth, Belaver, Bertoncetto	Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem
2011	Rossaneis, Haddad, Borsato, Vannuchi, Sentone	Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público
2011	Shiroma, Pires	Classificação de risco em emergência: um desafio para as/os enfermeiras/os

2011	Souza, Toledo, Tadeu, Chianca	Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester
2012	Acosta, Duro, Lima	Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa
2012	Belucci Júnior, Matsuda	Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem
2012	Belucci Júnior, Matsuda	Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco
2012	Belucci Júnior, Matsuda	Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro
2012	Belucci Júnior, Matsuda	Implantação do sistema acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador
2012	Cavalcante, Rates, Silva, Mello, Dayrrel	Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência
2012	Coutinho, Cecílio, Mota	Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester
2012	Fernandes, Lima, Ribeiro	Welcoming with Risk Classification in the Hospital São Paulo's Emergency Department
2012	Nonnenmacher, Weiller, Oliveira	Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco
2012	Pérez Júnior, Paula, Santiago, Souza, Menezes, Sousa	Implementação da classificação de risco em unidade de emergência de um hospital público do Rio de Janeiro - Um relato de experiência
2012	Pinto Júnior, Salgado, Chianca	Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento
2012	Zem, Montezeli, Peres	Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro
2013	Lima Neto, Nunes, Fernandes, Barbosa, Carvalho	Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros
2013	Lima Neto, Nunes, Fernandes, Barbosa, Carvalho	Humanização e acolhimento em emergência hospitalar: fatores condicionantes sob o olhar dos enfermeiros
2013	Oliveira, Vancini-Campanharo, Okuno, Batista	Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional
2013	Silva, Diniz, Araújo, Souza	Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o Protocolo de Manchester
2013	Souza, Mata, Carvalho, Chianca	Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester
2013	Vituri, Inoue, Belucci Júnior,	Welcoming with risk classification in teaching hospitals:

	Oliveira, Rossi, Matsuda	assessment of structure, process and result
2014	Duro, Lima, Levandovski, Bohn, Abreu	Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento
2014	Silva, Oliveira, Pergola- Marconato, Marconato, Bargas, Araújo	Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência
2014	Souza, Diniz, Silva, Mata, Chianca	Percepção do enfermeiro sobre a realização da classificação do risco no serviço de urgência
2014	Versa, Vituri, Buriola, Oliveira, Matsuda	Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar

Quadro 2 - Classificação dos artigos quanto a periódico, fator de impacto (FI), Qualis CAPES e local de publicação.

Artigo	Periódico	FI	Qualis CAPES	Local/Estado
Albino, 2007	Arq. Catarin. Med.	-	B3	Santa Catarina
Souza, 2008	Rev. Min. Enferm.	-	B2	Minas Gerais
Duro, 2010	Online Braz J Nurs	-	B1	Rio Grande do Sul
Zanelatto, 2010	Ciênc., Cuid. Saúde	-	B2	Rio Grande do Sul
Dal Pai, 2011	Esc. Anna Nery R. Enferm.	-	B1	Rio Grande do Sul
Nascimento, 2011	Rev. Eletr. Enf	-	B1	Santa Catarina
Nascimento, 2011	Rev. enferm. UERJ	-	B1	Santa Catarina
Rossaneis, 2011	Rev. Eletr. Enf	-	B1	Paraná
Shiroma, 2011	Enferm. Foco	-	B2	Santa Catarina
Souza, 2011	Rev. Latino-Am. Enfermagem	0,534	A1	Minas Gerais
Acosta, 2012	Rev. Gaúcha Enferm.	-	B1	Rio Grande do Sul
Belucci Júnior, 2012	Rev. Min. Enferm.	-	B2	Paraná
Belucci Júnior, 2012	Rev Bras Enferm	-	A2	Paraná
Belucci Júnior, 2012	Ciênc., Cuid. Saúde	-	B2	Paraná
Belucci Júnior, 2012	Texto Contexto Enferm	-	A2	Paraná
Cavalcante, 2012	Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min.	-	B3	Minas Gerais
Coutinho, 2012	Rev Med Minas Gerais	-	B3	Minas Gerais
Fernandes, 2012	Acta Paul Enferm	0.298	A2	São Paulo
Nonnenmacher, 2012	Rev. Eletr. Enferm.	-	B1	Rio Grande do Sul
Pérez Júnior, 2012	R. pesq.: cuid. fundam. online	-	B2	Rio de Janeiro
Pinto Júnior, 2012	Rev. Latino-Am. Enfermagem	0,534	A1	Minas Gerais
Zem, 2012	Rev. Rene	-	B2	Paraná
Lima Neto, 2013	Rev. Enferm. UFSM	-	B3	Rio Grande do Norte

Lima Neto, 2013	R. pesq.: cuid. fundam. online	-	B2	Rio Grande do Norte
Oliveira, 2013	Rev. Latino-Am. Enfermagem	0,534	A1	São Paulo
Silva, 2013	Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min	-	B3	Minas Gerais
Souza, 2013	Rev. Esc. Enferm, USP	0,452	A2	Minas Gerais
Vituri, 2013	Rev. Latino-Am. Enfermagem	0,534	A1	Paraná
Duro, 2014	Rev. Rene	-	B2	Rio Grande do Sul
Silva, 2014	Rev. Latino-Am. Enfermagem	0,534	A1	São Paulo
Souza, 2014	Invest. Educ. enferm.	-	B1	Minas Gerais
Versa, 2014	Rev. Gaúcha enferm.	-	B3	Paraná

Quadro 3 - Classificação dos artigos quanto a tipo de estudo, abordagem, fonte de dados e nível de evidência (NE).

Artigo	Tipo de Estudo	Abordagem	Fonte de Dados	NE
Albino, 2007	Opinião de especialista	Qualitativa	Especialista	7
Souza, 2008	Pesquisa de campo, descritiva	Qualitativa	Observações	6
Duro, 2010	Pesquisa bibliográfica	Integrativa	Literatura	5
Zanelatto, 2010	Pesquisa de campo, descritiva	Qualitativa	Entrevista semi-estruturada	6
Dal Pai, 2011	Pesquisa de campo e documental, descritiva	Qualitativa	Prontuários, observações e entrevista semi-estruturada	6
Nascimento, 2011	Pesquisa de campo, descritiva	Qualitativa	Entrevista semi-estruturada	6
Nascimento, 2011	Pesquisa de campo, descritiva	Qualitativa	Entrevista semi-estruturada	6
Rossaneis, 2011	Pesquisa documental	Qualitativa	Registros institucionais/ prontuários	6
Shiroma, 2011	Pesquisa de campo, descritiva	Qualitativa	Entrevistas semi-estruturada	6
Souza, 2011	Pesquisa documental	Quantitativa	Prontuários	6
Acosta, 2012	Pesquisa bibliográfica	Integrativa	Literatura	5
Belucci Júnior, 2012	Pesquisa de campo, descritiva	Quantitativa	Questionário estruturado	6
Belucci Júnior, 2012	Estudo de validação, opinião de especialistas	Quantitativa	Júri técnico	7
Belucci Júnior, 2012	Pesquisa de campo, descritiva	Qualitativa	Observações	6
Belucci Júnior, 2012	Pesquisa de campo,	Qualitativa	Observações	6

	descritiva			
Cavalcante, 2012	Pesquisa bibliográfica	Integrativa	Literatura	5
Coutinho, 2012	Pesquisa bibliográfica	Integrativa	Literatura	5
Fernandes, 2012	Pesquisa de campo, descritiva	Qualitativa	Observações	6
Nonnenmacher, 2012	Pesquisa de campo, descritiva	Qualitativa	Entrevista grupal	6
Pérez Júnior, 2012	Pesquisa de campo, descritiva	Quantitativa	Registros institucionais/ prontuários	6
Pinto Júnior, 2012	Pesquisa de campo, coorte	Quantitativa	Registros institucionais/ prontuários	6
Zem, 2012	Pesquisa de campo, descritiva	Qualitativa	Entrevista semi-estruturada	6
Lima Neto, 2013	Pesquisa de campo, descritiva	Qualitativa	Questionário estruturado e entrevista semi-estruturada	6
Lima Neto, 2013	Pesquisa de campo, descritiva	Qualitativa	Questionário estruturado e entrevista semi-estruturada	6
Oliveira, 2013	Pesquisa de campo, descritiva	Quantitativa	Casos clínicos para avaliação	6
Silva, 2013	Pesquisa documental	Quantitativa	Prontuários	6
Souza, 2013	Pesquisa documental	Quantitativa	Prontuários	6
Vituri, 2013	Pesquisa de campo, descritiva	Quantitativa	Questionário estruturado	6
Duro, 2014	Pesquisa de campo, descritiva	Qualitativa	Entrevista semi-estruturada	6
Silva, 2014	Validação de instrumento, opinião de especialista	Quantitativa	Júri técnico	7
Souza, 2014	Pesquisa de campo, descritiva	Qualitativa	Entrevista semi-estruturada	6
Versa, 2014	Pesquisa de campo, descritiva	Quantitativa	Questionário estruturado	6

Para compor o referencial bibliográfico e o corpo da dissertação e abarcar artigos não necessariamente brasileiros, ou referentes a outros aspectos e mais abrangentes, o protocolo foi repetido com a retirada do termo “Brasil”/”Brazil” e incluído como fonte de dados o buscador Google Acadêmico, para exploração da literatura cinzenta. Os resultados dessa busca adicional não foram sistematizados como os da primeira revisão em função de sua amplitude, que geraria um estudo de revisão muito mais amplo, não pertinente para este

trabalho. Também foi realizada busca manual de artigos referenciados pelos estudos selecionados na revisão, aplicando-se a eles as etapas de *avaliação* e *análise* das pesquisas encontradas, descritas anteriormente.

Os estudos selecionados não necessariamente foram utilizados na composição final da revisão de literatura e discussão da dissertação, mas, como um todo, deram subsídio para a delimitação do escopo de estudo apresentado, por meio do conhecimento gerado sobre o estado da arte no tema.

2.2 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Segundo definições estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina, o termo *urgência* se refere à ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Por sua vez, o termo *emergência* é considerado constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (BRASIL, 1995).

Por sua vez, Le Coutour indica que o conceito de urgência difere em função de quem a percebe ou sente. Dessa forma, quando se refere aos usuários e seus familiares, ela pode estar associada ao acontecimento inesperado no curso de vida, daí o uso de expressões como “não posso esperar”. Em contrapartida, o profissional de saúde percebe a situação quanto ao intervalo de tempo e sua relação com o prognóstico do paciente, ou seja, “ele não pode esperar”. Quando se refere à instituição, o evento se trata de algo imprevisto, uma perturbação na rotina de serviço (LE COUTOUR apud BRASIL, 2006).

Considerando a amplitude de definições a respeito dos termos, o Manual de Regulação Médica das Urgências opta por não realizar a diferenciação de terminologias. Dessa forma utiliza apenas o termo “urgência” para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, tratando de definir o “grau de urgência”, a fim de classificá-la em níveis, tomando como marco ético de avaliação o “imperativo da necessidade humana” (BRASIL, 2006b).

Neste trabalho, será tomada como referência a utilização dos termos pelo Protocolo de Manchester, utilizado com base na pesquisa. Desta forma *emergência* se trata de evento que necessita intervenção imediata, e *urgência* se referindo a casos que devem ser atendidos rapidamente, porém têm prioridade menor que os de emergência.

2.3 SERVIÇOS HOSPITALARES DE EMERGÊNCIA

O hospital pode ser pensado como porta de entrada para o sistema de saúde, através do atendimento de urgências e emergências, e como local para os atendimentos que lhe sejam específicos e intransferíveis (AZEVEDO et al., 2010). Porém, o que se observa atualmente é um excesso de usuários buscando atendimento nas unidades de emergência, sendo eles menos ou mais graves.

Este cenário tem causado uma superlotação nos serviços (LIMA NETO et al., 2013b; SOUZA et al., 2014; ZANELATTO; DAL PAI, 2010), gerando sobrecarga de trabalho para os profissionais responsáveis por esse atendimento (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b; ZANELATTO; DAL PAI, 2010); afetando o processo de trabalho; causando conflitos entre a equipe médica, de enfermagem e usuários (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b); além de levar à desorganização da própria unidade, baixa qualidade de atendimento, gastos desnecessários, que resultam em uso pouco racional dos recursos disponíveis e repercutem na garantia dos direitos de cidadania, particularmente, no acesso aos serviços de saúde (AZEVEDO et al., 2010). As grandes filas para atendimento e a falta de informação ao usuário proporcionam tumultos no ambiente de trabalho, que refletem diretamente na qualidade de vida dos trabalhadores, os quais, frequentemente, se queixam de descontentamentos com o serviço (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b).

Esse contexto tem gerado grande preocupação entre profissionais responsáveis diretamente pela atenção, além de gestores (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007) e os próprios usuários do serviço. Além disso, o cenário é agravado por problemas de origem organizacional, e a falta de avaliação prévia do estado de saúde dos usuários pode resultar em complicações clínicas graves e até fatais (CAVALCANTE et al., 2012).

O uso excessivo dos serviços terciários de atendimento e a menor busca por atendimento em unidades básicas fortalece a visão hospitalocêntrica da saúde e ressalta o modelo biomédico de atenção. Essa conformação promove a assistência fragmentada, caracterizada em sua maior parte por ações específicas e imediatistas, muitas vezes desarticuladas do cuidado integral em saúde (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

Esse quadro também é percebido em outros países (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; DURO; LIMA, 2010). Apesar disso, em geral têm sido adotadas medidas de forma a minimizar os riscos associados à longa espera de pacientes. A implementação da classificação de risco em unidades de emergência tem se mostrado um importante instrumento na organização destes serviços, já que prioriza o atendimento de

pacientes mais graves (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; DURO; LIMA, 2010), organizando o fluxo e reduzindo os possíveis agravos em saúde antes do atendimento médico.

Ainda assim, a realização da classificação de risco isoladamente não garante a melhoria da qualidade da atenção, são necessárias pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos na rede de atenção em saúde (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

2.4 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Apesar dos esforços governamentais e institucionais para reorganização da estrutura de atendimento dos serviços de saúde e fortalecimento da atenção básica à comunidade como forma de promoção à saúde e prevenção de agravos, a falta de estrutura dos serviços dos municípios enfraquece a assistência dos serviços hospitalares de emergência (LIMA NETO et al., 2013b), que acabam por ser percebidos como principal porta de entrada de escolha dos usuários (DAL PAI; LAUTERT, 2011; LIMA NETO et al., 2013b; OLIVEIRA et al., 2013).

Esse fato está associado à maior legitimidade desses serviços perante a população, em função de diversos fatores, como a maior oferta de recursos tecnológicos, confiança nos profissionais, segurança quanto à qualidade da assistência prestada, satisfação com o atendimento, acessibilidade geográfica (AZEVEDO et al., 2010), realização de exames e obtenção do resultado no mesmo dia (OLIVEIRA et al., 2013), além da insuficiência e ineficácia na oferta de saúde pelos serviços de atenção básica (DAL PAI; LAUTERT, 2011). Dessa forma, não apenas há uma deficiência da atenção básica, mas também um fomento para a manutenção de vínculo do usuário ao pronto-socorro (DAL PAI; LAUTERT, 2011). Em função disso, muitos atendimentos decorrentes de situações de saúde de baixa complexidade são realizados nessas instituições.

Um importante fator associado à dificuldade de referência para os usuários é a falta de consenso entre os serviços hospitalares de emergência e outras unidades de atenção primária (DURO et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2011a), ou mesmo especializadas. A falta de concordância entre os níveis de atenção é mencionada por enfermeiros como um elemento dificultador do processo de trabalho nas atividades de classificação de risco das unidades de emergência (SOUZA et al., 2014).

A referência e contrarreferência não são importantes apenas como forma de redução do abarrotamento de usuários nos serviços hospitalares de emergência, mas são essenciais na

medida em que favorecem a prestação da atenção integral ao usuário, garantindo que o paciente seja acompanhado em unidades básicas ou ambulatoriais após a alta hospitalar, retornando ao hospital em caso de necessidade, possibilitando-lhe obter um acompanhamento após a ocorrência que o levou ao serviço de emergência (DAL PAI; LAUTERT, 2011; ROSSANEIS et al., 2011). Isso ocorre porque em geral o atendimento hospitalar pontual em emergência restringe a atenção ao usuário à sua queixa no momento de atendimento, já que não há um acompanhamento contínuo do estado de saúde do indivíduo, prejudicando, assim, a qualidade da assistência prestada (AZEVEDO et al., 2010; NASCIMENTO et al., 2011a). Essa situação é comprovada pelo grande número de indivíduos que retorna ao pronto-socorro para consulta e demonstra a falta de um sistema de contrarreferência que integre o usuário do serviço à rede básica (DAL PAI; LAUTERT, 2011). Observa-se que a integração entre esses serviços pode reduzir a frequência de reinternações e de agravamentos clínicos dos usuários por falta de assistência (ROSSANEIS et al., 2011).

Diante disso, acredita-se que a implantação de sistemas de classificação de risco deve ser discutida amplamente com todos os atores envolvidos, tais como os gestores, profissionais de saúde e usuários, dentro da rede, e não de forma isolada em apenas um dos serviços de saúde, contribuindo para a qualificação da rede como um todo (NONNENMACHER; WEILLER; OLIVEIRA, 2012).

Apesar disso, não se pode vincular a resolução dos problemas somente à classificação de risco, é necessária a construção de fluxos claros, pactuações internas e externas de atendimento. A reorganização da rede de saúde pode ser fator fundamental para garantir a assistência integral e igualitária a toda população de acordo com sua prioridade (CAVALCANTE et al., 2012).

2.5 TRIAGEM, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ACOLHIMENTO

Considera-se que a triagem de pacientes foi utilizada primeiramente durante a Revolução Francesa pelo exército de Napoleão, como método para avaliação rápida e identificação do nível de gravidade dos soldados que, exigindo atenção médica mais imediata, eram separados para que seu tratamento fosse priorizado e eles pudessem voltar às suas atividades (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). Há relatos de que ainda em 1898 um hospital de Londres tinha seus pacientes admitidos um por vez, após serem entrevistados por uma enfermeira, que os encaminhava para um clínico ou cirurgião (GBACR, 2015). Ainda

assim, em nenhum dos casos havia uma avaliação precisa do nível de gravidade dos pacientes, mas sim uma diferenciação do tipo de atendimento necessário para cada um deles.

Esse sistema continuou sendo utilizado em contextos de grandes quantidades de vítimas feridas, como guerras e catástrofes, cenário que se manteve até a década de 1960, quando então foi iniciada sua aplicação à população civil. Nesse período, se iniciou uma mudança no cenário de atendimentos médicos nos Estados Unidos, quando os serviços de emergência passaram a substituir os médicos particulares e de família e tiveram sua demanda aumentada. Com essa mudança de referência, mesmo pacientes menos graves passaram a buscar atendimento nesses serviços, tornando-se, assim, necessária a adoção de métodos de classificação que pudessem identificar aqueles mais graves (GBACR, 2015). Nesse período, nos Estados Unidos foi desenvolvida uma classificação em 03 níveis (emergente, urgente e não urgente), evoluindo para 04 níveis, em 1994. Paralelamente, no Canadá, nos anos 70, estudava-se o desenvolvimento de um sistema de triagem, assim como ocorreu na Austrália nos anos 1990, e no Reino Unido no mesmo período (DURO; LIMA, 2010).

Os termos triagem e classificação de risco têm sido diferenciados entre os autores por conta da conotação que representam em relação à assistência ao usuário.

O termo triagem deriva do verbo francês *trier*, referente aos conceitos de selecionar, escolher, separar. Ele é utilizado especialmente em países anglo-saxônicos, como Estados Unidos, Inglaterra, Suécia, Austrália. Porém esta terminologia denota seleção e exclusão, dessa forma países latinos têm utilizado outros termos. No Brasil, estabeleceu-se a expressão *acolhimento com classificação de risco*, utilizada como referência pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, já que traduz o termo *triagem estruturada* (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012; DURO; LIMA, 2010), além de incluir o componente de humanização do *acolhimento*, retomado adiante (DURO; LIMA, 2010).

A triagem foi o primeiro sistema formalizado de gerenciamento de risco clínico, projetada para assegurar que sempre que a demanda superar os recursos existentes, estes devem ser direcionados para os pacientes com mais necessidade clínica. Nesse sentido, o problema não é a triagem ou o sistema utilizado para decisão clínica, mas a falta de recursos disponíveis para o atendimento a toda a demanda (WINDLE; MACKWAY-JONES, 2003).

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, e não mais impessoal e por ordem de chegada (BRASIL, 2006a).

O Manual de Regulação de Emergências Médicas estabelece que os objetivos da classificação de risco em emergência são: “avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento; descongestionar o pronto-socorro; reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade; determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme indicado em cada situação (exemplo: ortopedia, ambulatórios, etc.); informar os tempos de espera; promover ampla informação sobre o serviço aos usuários; e retornar informações a familiares” (BRASIL, 2006b).

O fato de haver indivíduos que “passam na frente” pode gerar questionamentos por aqueles que se sentem prejudicados, no entanto, isso pode ser minimizado com ampla divulgação aos usuários na sala de espera do processo utilizado. Àqueles que ainda resistam, o processo de escuta deve ser exercitado utilizando-se a própria tecnologia para tanto (BRASIL, 2006b).

As políticas de saúde referentes à atenção em urgência e emergência tratam este processo com a nomenclatura “Acolhimento com Classificação de Risco”, estabelecida pela cartilha de mesmo nome (BRASIL, 2009). Porém, mais que o nome utilizado para um serviço de classificação em emergência, o conceito de *acolhimento* está relacionado à relação do profissional com o usuário, que deve ouvir e valorizar suas queixas, orientá-lo, identificar suas necessidades como também o contexto em que ele vive (DAL PAI; LAUTERT, 2011; NASCIMENTO et al., 2011b; ZANELATTO; DAL PAI, 2010). Dessa forma, percebe-se que esta atitude é mais que uma atividade de recepção no serviço encarregado a um determinado profissional ou em um local específico (LIMA NETO et al., 2013a).

Cabe ressaltar que o acolhimento não significa resolver todos os problemas do indivíduo, mas se observar a importância de que ele não seja dispensado da unidade sem algum tipo de atendimento, já que, como diretriz operacional, deve garantir a universalidade do acesso, procurando identificar as suas necessidades como também o contexto em que ele vive (ZANELATTO; DAL PAI, 2010).

O acolhimento também pode ser visto como a adoção de uma postura de aproximação e responsabilização durante as atividades assistenciais e de gestão, ao fortalecer a confiança e o compromisso entre usuários, equipes e serviços (DAL PAI; LAUTERT, 2011; LIMA NETO et al., 2013a; ROSSANEIS et al., 2011).

A Política Nacional de Humanização reafirma a importância da recepção dos usuários de forma acolhedora e humanizada. Porém, para que isso seja exercido propriamente, é

necessária a estruturação dos serviços, bem como a capacitação dos profissionais implicados neste processo (LIMA NETO et al., 2013a).

Este trabalho se atém especialmente ao processo de classificação como foco, apesar de também considerar aspectos como a humanização e o acolhimento. Desta forma, ao longo desta dissertação será utilizado o termo *classificação de risco* e, especialmente quando relacionado à cartilha do Ministério da Saúde utilizada como referência, *Acolhimento com Classificação de Risco*. Quando extraordinariamente utilizado o termo *triagem*, ele será considerado sinônimo do termo “*classificação de risco*”.

2.6 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO BRASIL

A necessidade da inclusão da Classificação de Risco, como parte necessária nos serviços hospitalares de emergência, passou a ser ressaltada ao longo de diretrizes firmadas em diversos documentos publicados pelo Ministério da Saúde ou Secretarias Estaduais de Saúde. Dessa forma, a abordagem da tecnologia de classificação de risco sempre esteve atrelada ao acolhimento e à humanização do atendimento. Isso ocorreu, e ainda ocorre, pela visão deste sistema não apenas como meio da porta de entrada da rede de saúde e de primeiro contato do usuário com o serviço, mas também como fim, na medida em que se mostra como uma oportunidade de prestação de atenção humanizada ao paciente.

2.6.1 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH (2001)

Em 2001, foi lançado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, em resposta a resultados de avaliação de serviços de saúde que demonstraram que uma das questões mais críticas do sistema de saúde no Brasil é a qualidade da atenção ao usuário. Foi considerado pela avaliação do público que, mais que a falta de recursos físicos, materiais e humanos, são de essencial importância a forma do atendimento e a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas. Dessa forma, tornou-se uma preocupação do Ministério da Saúde a disseminação de uma nova cultura de humanização do atendimento, como esforço para melhoria do sistema de saúde brasileiro, objetivando oferecer um atendimento público de qualidade. Por meio da política, foi proposto um conjunto de ações com vistas a melhorar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos brasileiros e, conseqüentemente, a qualidade e eficácia dos serviços prestados por estas instituições (BRASIL, 2001).

Como consequência, além de sua principal meta de aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuário, outros profissionais e a comunidade, a política teve como objetivos: “difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira; melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil; capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública; estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área; desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado; e modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade” (BRASIL, 2001).

Dessa forma, o que se percebe é a tentativa de se orientar um novo modelo de atenção aos usuários, baseado na humanização da assistência, perpassando processos como a recepção, estadia na unidade e alta do usuário.

Os sistemas de classificação de risco, no Brasil, foram recomendados pela primeira vez em 2002 pela portaria GM 2048 (CAVALCANTE et al., 2012), que regulamenta os sistemas estaduais de urgência e emergência. A portaria cita a falta de triagem de risco como um problema organizacional no panorama assistencial, já que ela poderia acarretar graves prejuízos aos pacientes. Ainda assim, não havia definição clara do funcionamento deste processo, nem recomendações específicas para implementação desses sistemas nas unidades hospitalares (BRASIL, 2006a).

2.6.2 Política Nacional de Humanização - PNH (2004)

Mesmo após o lançamento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, foi considerada uma série de fatores que ainda dificultavam as relações entre os diferentes profissionais de saúde e entre estes e os usuários, o trabalho em equipe, e o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção (BRASIL, 2004a).

Ainda pôde-se perceber modos de atenção baseados na relação queixa-conduta, com automatização do contato entre profissionais e usuários a quem prestavam atendimento e não

estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a relação humanizada entre esses atores. Além disso, o modelo de formação dos profissionais os mantinha afastados dos debates e formulação de políticas públicas de saúde, que aliado ao baixo investimento em sua qualificação, não estimula o processo crítico na atenção à saúde e as diversas necessidades do usuário (BRASIL, 2004a).

Em função destes fatores e como atualização à Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, foi publicada, em 2004, a Política Nacional de Humanização, atualmente em vigor, tendo como princípios norteadores: “valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; e utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos” (BRASIL, 2004a).

No que se refere à urgência e emergência, prontos-socorros, pronto-atendimentos e assistência pré-hospitalar, foram elencadas três diretrizes específicas para o nível de atenção: “acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência; comprometer-se com a referência e a contrarreferência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários; e definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias” (BRASIL, 2004a).

Dessa forma, diferentemente do programa anterior, a política já explicita a importância da implementação dos serviços de classificação na recepção das unidades. Esse processo passa a ser visto como importante componente no fluxo de atendimento ao usuário, sendo um dos principais instrumentos de acolhida aos pacientes nas unidades de saúde.

Cabe aqui ressaltar que as classificações de risco não podem ser executadas conforme julgamento do profissional classificador, já que isso implicaria na grande falta de concordância interavaliadores, enviando os resultados classificatórios. Portanto, torna-se essencial a utilização de protocolo, escolhido ou elaborado de acordo com o contexto e a

demanda institucional, que padronize a avaliação e, dessa forma, ofereça resultados mais fidedignos.

Como parte da política, o primeiro documento a orientar a adoção desses protocolos foi a cartilha “Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde”, publicada em 2004. Ela salienta a importância desta tecnologia como forma de prestação de atendimento ágil, de acordo com a necessidade de cada usuário e centralizado no nível de complexidade de cada caso, não na ordem de chegada. A cartilha diferencia a *avaliação* e a *classificação*, como análise e ordenação, respectivamente, e ressalta o distanciamento do conceito de triagem. Também ressalta a distinção entre as tecnologias de *acolhimento* e de *classificação de risco*, mas que, apesar disso, são complementares e devem funcionar simultaneamente. Sendo assim, o texto considera que “o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo”. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2004b).

O documento sugeria um modelo de protocolo de classificação de risco, utilizando como referência o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco do Pronto Socorro do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, de Campinas, São Paulo, que incluía fluxogramas e roteiro de anamnese. A sugestão levava em conta a classificação em 4 níveis de prioridade:

Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.

Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.

Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente.

Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada (BRASIL, 2004b).

Ainda assim, como primeiro orientador e em reflexo à política da qual fazia parte, possuía ainda foco para o acolhimento em si e a sua necessidade e, apesar do protocolo sugerido como referência, não fornecia informações complexas para implementação em grandes sistemas.

2.6.3 Acolhimento com classificação de risco

Em 2006, foi lançado o manual de Regulação Médica das Urgências, sugerindo um fluxo de atendimento do paciente, que deveria ser encaminhado para o consultório de

enfermagem onde a classificação de risco seria feita a partir de dados específicos, incluindo queixa; histórico breve; medicações em uso; verificação de sinais vitais e, se necessário glicemia e eletrocardiograma; além de exame físico direcionado para os sintomas relatados (BRASIL, 2006b). Neste manual, foi mantido o sistema de classificação em 4 níveis.

Vermelho: prioridade zero — urgência de prioridade absoluta com necessidade de atendimento imediato.

Amarelo: prioridade 1 — urgência de prioridade moderada, exige atendimento com o máximo de brevidade possível.

Verde: prioridade 2 — urgência de prioridade baixa. Aqui se incluem alguns grupos prioritários como idosos, gestantes, crianças e outros.

Azul: prioridade 3 — urgência de prioridade mínima, quadros agudos ou crônicos agudizados de baixa complexidade – atendimento de acordo com a ordem de chegada.

Porém, aqui a orientação explicitava como se daria o atendimento preferencial devido a idosos, gestantes e outros.

Finalmente, a cartilha Acolhimento e Classificação de Risco de 2009, que orienta a organização dos serviços de classificação atualmente, da mesma forma que suas precursoras, baseou-se na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009). No texto, o conceito e a importância do acolhimento são reenfaturados, tendo como referência a política a partir da qual a cartilha foi elaborada e mantendo os princípios apresentados pela cartilha de 2004 (BRASIL, 2004b). Considera que “o acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços” (BRASIL, 2009).

Nela foram estabelecidos os requisitos necessários à implantação da central de acolhimento e classificação de risco: “estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e de classificação de risco; qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança); sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos; quantificação dos atendimentos diários, perfil da clientela e horários de pico; adequação da estrutura física e logística das áreas de atendimento básico (área de urgência e área de pronto atendimento)” (BRASIL, 2009).

2.7 PROTOCOLOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA

Com a cartilha “Acolhimento e Classificação de Risco dos Serviços de Urgência” (BRASIL, 2009) fica estabelecida a necessidade de implementação desses serviços nas unidades hospitalares de emergência, porém não há a referência de protocolo específico a ser utilizado. Dessa forma, cada instituição tem liberdade para adotar o sistema que julgar adequado para seu contexto de atendimentos. Alguns serviços optam por utilizar protocolo elaborado pela própria unidade hospitalar, e outros selecionam protocolo já existente, sendo os principais: o Emergency Severity Index - ESI (Estados Unidos); o Australasian Triage Scale - ATS (Austrália); o Canadian Triage and Acuity Scale – CTAS (Canadá); e o Sistema de Triagem de Manchester (Inglaterra), dentre estes, o mais comumente utilizado no Brasil.

Os quatro sistemas de triagem possuem algumas características em comum: pretendem diferenciar pacientes com casos menos graves (que podem aguardar por atendimento sem prejuízo à saúde) ou mais complexos (que apresentam risco iminente ou possível complicação), priorizando o atendimento destes últimos; utilizam cinco níveis de classificação; são numerados de 1 a 5, em ordem crescente de gravidade; utilizam o sinal dor como importante indicador de urgência do caso; indicam não somente a avaliação pontual, no momento de chegada, mas um acompanhamento contínuo do estado clínico do usuário durante o tempo de espera; geram informações importantes para o gerenciamento e organização dos serviços; definem área mais adequada para atendimento de acordo com nível de classificação; e determinam como profissional classificador o enfermeiro (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Os sistemas de classificação com 5 níveis são considerados mais seguros, fornecem melhor diferenciação, confiabilidade e maior sensibilidade e especificidade que os sistemas de três níveis (TRAVERS et al., 2002).

Antes de descrever os quatro sistemas de classificação de risco citados nesta seção, cabe ressaltar a diferença destes para os protocolos de triagem de pacientes em catástrofes ou incidentes com múltiplas vítimas. As escalas de classificação de risco em ambiente hospitalar se baseiam no pressuposto de que os casos mais graves (geralmente classificados com a cor vermelha) devem ter a maior prioridade de atendimento, pelo risco de morte. Nos protocolos de triagem (aqui se ressaltando este termo) direcionada para múltiplas vítimas, os casos mais graves, que necessitam intervenção imediata e exclusiva (como paradas cardiorrespiratórias, geralmente classificados com a cor preta), são considerados de menor prioridade, já que o

objetivo da triagem é se salvar o maior número de vítimas possível, dessa forma se priorizando as vítimas viáveis e com maior probabilidade de sobrevivência.

2.7.1 Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)

A CTAS foi editada em 1998 e posteriormente implantada no Canadá em 1999 e é bem estabelecida em seu território (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). É utilizada para atribuir aos pacientes um nível de gravidade e assim definir com mais precisão a necessidade do paciente a ser atendida. Baseia-se no estabelecimento de uma relação entre a queixa apresentada, ou queixa principal, e as causas potenciais, definidas por eventos sentinela e o diagnóstico final do paciente. Outros fatores são associados na determinação do nível de gravidade, como a aparência do paciente, seus sinais vitais, intensidade da dor e outros sintomas associados. O paciente é o foco neste sistema de triagem, que se propõe a definir o tempo ideal em que os pacientes devem ser atendidos (CTAS, 2001).

A escala é composta por níveis que correspondem a uma cor e tempo-alvo, como observado no **Quadro 4**.

Quadro 4 - Níveis de classificação do Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS).

Nível de prioridade	Descrição	Cor	Tempo de Espera
1	Reanimação	Azul	Imediato
2	Emergente	Vermelho	15 minutos
3	Urgente	Amarelo	30 minutos
4	Semi-urgente	Verde	60 minutos
5	Não urgente	Branco	120 minutos

2.7.2 Emergency Severity Index (ESI)

O Emergency Severity Index (ESI), implementado nos Estados Unidos em 1999, é um algoritmo que categoriza pacientes da unidade de emergência avaliando tanto a sua gravidade quanto a necessidade de recursos a serem utilizados. Inicialmente, o enfermeiro avalia apenas o nível de gravidade. Se o paciente não satisfaz os critérios para alto nível de gravidade (níveis 1 ou 2), se avalia a necessidade esperada de recursos para assim determinar a classificação (níveis 3, 4 ou 5) (GILBOY et al., 2011). Essa avaliação diferencia o ESI dos

outros protocolos de classificação citados neste trabalho, além do fato de que não há determinação do tempo de espera do usuário conforme classificação.

A gravidade é determinada pela estabilidade das funções vitais e potencial ameaça à vida ou a órgãos. Os enfermeiros classificadores estimam os recursos necessários tendo como base a experiência prévia com pacientes apresentando sintomas ou queixas similares. Os recursos necessários são definidos como o número de recursos que se espera que o paciente utilize até o seu desfecho (alta, admissão ou transferência) (GILBOY et al., 2011). Os seus níveis de prioridade estão apresentados no **Quadro 5**.

Quadro 5 - Níveis de classificação do Emergency Severity Index (ESI).

Nível de prioridade	Descrição	Cor	Tempo de Espera
1	Emergente	Vermelho	Imediato
2	Urgente	Laranja	10 minutos
3	Sintomas relacionam-se à doença aguda e os fatores de risco não indicam risco de deterioração rápida	Amarelo	-
4	Pacientes com queixas crônicas, sem ameaça à função de órgãos vitais	Verde	-
5	Pacientes apresentam-se estáveis e não necessitam de recursos	Azul	-

2.7.3 Australasian Triage Scale (ATS)

A ATS teve origem na Austrália, baseada em uma revisão do National Triage Scale (NTS) desenvolvida no início da década de 1990. Foi implementada com o nome Australasian Triage Scale em 2000 na Austrália e Nova Zelândia (HEALTH POLICY PRIORITIES PRINCIPAL COMMITTEE, 2011).

A escala consiste em cinco categorias, cada uma das quais se relaciona com um tempo de espera máximo ideal para o atendimento do paciente pelo médico. Os usuários são alocados nas categorias com base em sua urgência clínica, de acordo com a qual eles recebem prioridade no atendimento de emergência. Os indicadores padrão de desempenho também estão incluídos no protocolo, e formam base para relatórios de desempenho dos serviços de

emergência na Austrália (HEALTH POLICY PRIORITIES PRINCIPAL COMMITTEE, 2011). É sugerida a aplicação por enfermeiros, médicos ou ambos, que utilizam essa lista de descritores clínicos para atribuir uma classificação, segundo as categorias observadas no **Quadro 6**.

Quadro 6 - Níveis de classificação da Australasian Triage Scale (ATS).

Nível de prioridade	Descrição	Cor	Tempo de Espera
Categoria 1	Imediata ameaça à vida	-	Imediato
Categoria 2	Iminente ameaça à vida	-	10 minutos
Categoria 3	Potencial ameaça à vida	-	30 minutos
Categoria 4	Pacientes potencialmente sérios	-	60 minutos
Categoria 5	Pacientes menos urgentes	-	120 minutos

2.7.4 Sistema de Triagem de Manchester (MTS)

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) foi desenvolvido em 1997 no Reino Unido na tentativa de se estabelecer uma escala nacional de triagem semelhante aos sistemas utilizados no Canadá e na Austrália. Esse sistema proporcionou uma abordagem padronizada de classificação dos pacientes em uma das cinco categorias, de acordo com o tempo apropriado de espera entre a triagem e o primeiro contato com o médico (GANLEY; GLOSTER, 2011).

Ele está implementado, além do Reino Unido, em quase toda a Europa, predominantemente na Irlanda, Portugal, Espanha, Itália, Alemanha, Suécia, Holanda, assim como em Hong Kong e Japão. Em Portugal, foi adotado como política nacional, e está em funcionamento em vários hospitais desde 2000, por intermédio do Grupo Português de Triagem (GTP), com o endosso do Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros. Na Alemanha, está implantado pelo Grupo de Referência Alemão (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

O processo de classificação se inicia com a queixa principal apresentada pelo usuário, que direciona o classificador através dos fluxogramas do protocolo e, a partir de sucessivos questionamentos quanto aos discriminadores, se chega à prioridade clínica que determina a cor de classificação e tempo de espera. Este processo torna a decisão objetiva e baseada em critérios bem estabelecidos. A partir disso, devem ser realizados os devidos registros e

encaminhamento do paciente à especialidade adequada (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

O Protocolo Manchester é um algoritmo que consiste em 52 fluxogramas relativos à condição de apresentação do paciente, por exemplo, dor torácica (GANLEY; GLOSTER, 2011); destes, sete são específicos para crianças e dois para catástrofes. Discriminadores são sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades possíveis, podendo ser gerais e específicos (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). Os fluxogramas apresentam seis discriminadores gerais: ameaça à vida, hemorragia, dor, nível de consciência, temperatura e agravamento (período desde o início da doença ou lesão), que se aplicam a todos os doentes, independentemente das condições que apresentam, e são características recorrentes nos fluxogramas. Os discriminadores específicos são aplicados para casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações para a queixa relatada, por exemplo, edema. A seleção de um discriminador indica uma das cinco prioridades clínicas (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012; GANLEY; GLOSTER, 2011). A cor designada pelo fluxograma - vermelho, laranja, amarelo, verde ou azul - se relaciona com uma descrição para a categoria (por exemplo, urgente) e o tempo máximo de espera do paciente para atendimento (GANLEY; GLOSTER, 2011), como pode ser visto no **Quadro 7**.

Quadro 7 - Níveis de classificação do Sistema de Triagem de Manchester (STM).

Nível de prioridade	Descrição	Cor	Tempo de Espera
1	Emergente	Vermelho	Imediato
2	Muito urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco urgente	Verde	120 minutos
5	Não urgente	Azul	240 minutos

O paciente classificado com a cor azul deve ser encaminhado a uma unidade de atenção básica e, caso recuse, deve ser atendido tendo como critério a ordem de chegada (ROSSANEIS et al., 2011). Daí a importância do sistema de referência e contra-referência, que muitas vezes, por sua ineficácia, restringe o usuário ao atendimento hospitalar, ainda que diante de queixa pouco complexa e, conseqüentemente, a um longo tempo de espera.

Em Portugal, utiliza-se a cor de classificação branca de forma a categorizar aqueles pacientes não considerados urgência, que buscam o serviço para atendimento eletivo, como

retorno de consulta, realização de exames e cirurgias; da mesma forma como foi adotada no Brasil (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

A nona edição do protocolo, publicada em 2006, apresenta alteração e acréscimos consideráveis em relação à primeira versão. Houve reorganização e expansão dos fluxogramas e a quantidade de discriminadores foi alterada de 186 para 195, tendo entre suas inclusões déficit neurológico agudo e alteração da categorização de dor leve para dor recente, inclusão da régua da dor pediátrica, inclusão de regras para realizar auditoria e triagem por telefone (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

O tempo de espera atribuído a cada nível de prioridade é um importante fator para melhor adequação à realidade deste protocolo no Brasil em relação aos demais, já que ele indica possibilidade de maior tempo de espera que outros que também determinam esse período.

O uso de instrumentos tecnológicos, como softwares que incluem o protocolo de Manchester, favorece a seleção de fluxogramas a partir das queixas dos pacientes, o que direciona o tempo de atendimento (SOUZA et al., 2013).

Dentre os protocolos institucionais, apenas parte deles foi submetida a estudos que afirmassem sua eficácia (OLIVEIRA et al., 2013; SILVA et al., 2014), em contrapartida o Protocolo Manchester foi testado e submetido à auditoria em nove hospitais em Manchester, Inglaterra, e há produção científica que o caracteriza como válido e confiável (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). O protocolo de Manchester é considerado ferramenta sensível para detectar, na porta de entrada dos serviços de emergência, os pacientes que precisarão de cuidados críticos (SOUZA et al., 2011).

No Brasil, o estado de Minas Gerais é pioneiro na utilização do Sistema de Triagem de Manchester e foi adotado como política pública a partir de 2008, principalmente pelo fato de não ser baseado em presunção diagnóstica, mas centrado na queixa apresentada, pois nem sempre um diagnóstico define a urgência do atendimento. O Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR) é o representante oficial do protocolo no Brasil, autorizado pelo Manchester Triage Group (MTG) e British Medical Journal, detentores dos direitos autorais do protocolo, e o Grupo Português de Triagem (GPT), licenciado para tradução em língua portuguesa (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

2.8 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Mundialmente, o enfermeiro tem sido recomendado como profissional mais adequado à realização das triagens classificatórias (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012; ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; CAVALCANTE et al., 2012; LIMA NETO et al., 2013a; NASCIMENTO et al., 2011a; OLIVEIRA et al., 2013; ROSSANEIS et al., 2011; SHIROMA; PIRES, 2011; SOUZA et al., 2013, 2014; VERSA et al., 2014; ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012), já que reúne as condições necessárias para a triagem dos usuários, por possuir abordagem orientada para os sinais e os sintomas e não para diagnósticos médicos (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012; CAVALCANTE et al., 2012; DURO; LIMA, 2010; SHIROMA; PIRES, 2011), além de estar mais envolvido com políticas públicas e organização do ambiente de trabalho (SHIROMA; PIRES, 2011; ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012), mais preocupado com acolhimento e humanização do atendimento (SHIROMA; PIRES, 2011) e ser um articulador entre as diversas categorias profissionais do serviço (VERSA et al., 2014).

Além disso, essa orientação é confirmada pelos órgãos reguladores do exercício da enfermagem no Brasil. Segundo o parecer Coren-MG nº 136/2011, “o enfermeiro possui competência técnica, científica e legal para a realização da Classificação de Risco. Não se exclui aqui, a obrigatoriedade de capacitações teóricas e práticas, bem como, a necessidade do profissional enfermeiro se sentir capaz tecnicamente para exercer com segurança a Classificação de Risco” (COREN-MG, 2011).

Além disso, não é autorizada a condução da classificação de risco por profissionais de enfermagem de nível técnico ou fundamental, já que eles não são habilitados a realizar consulta de enfermagem. De acordo com a resolução do Cofen nº 159/93, a Consulta de Enfermagem, “é atividade privativa do Enfermeiro, já que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade” (COFEN, 1993).

Essa posição é reafirmada pelo parecer Coren-SP nº 014/2009, que ressalta serem “atividades privativas do enfermeiro a consulta de enfermagem, a prescrição de assistência de enfermagem e cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de morte. Dessa forma, em hipótese nenhuma será adotada a conduta de triagem clínica ou dispensa de pacientes/clientes, por parte do técnico/auxiliar de enfermagem, das unidades de saúde, sem a prévia avaliação por parte do médico ou enfermeiro presentes” (COREN-SP, 2010).

2.9 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação de serviços de saúde é um bom indicador não apenas para se verificar a qualidade do contexto de atendimento, mas também se mostra um importante subsídio para elaboração de estratégias e políticas de saúde. A Política Nacional de Humanização teve com essencial referência, para sua elaboração e implementação, a análise de diversos fatores implicados na assistência aos usuários do sistema, por meio de avaliações.

2.8.1 Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS)

A qualidade da prestação da assistência em saúde deve ser vista como responsabilidade social, na medida em que se apresenta como instrumento de garantia de cidadania. Portanto, se mostra um desafio oferecer serviços qualificados nas unidades de emergência hospitalares, já que os hospitais são serviços de complexidade mais alta, especializados e que possuem grande fluxo de acesso pela sociedade (AZEVEDO et al., 2010).

Historicamente a qualidade da assistência à saúde foi determinada por meio do julgamento individual dos profissionais envolvidos. Porém, diversos aspectos, como gastos com a assistência, e a necessidade de equidade no acesso aos recursos, gerou a busca de evidências para subsídio da determinação se os serviços de saúde pública estão sendo eficientes em fornecer o cuidado adequado e de qualidade aos usuários (BRASIL, 2007).

Dessa forma, esse tipo de avaliação deixou de ser uma atitude isolada e passou a ser uma necessidade para planejamento das ações e serviços, gestão de recursos, além de se propor a atender as demandas de qualidade a assistência em saúde por parte da sociedade. Um sistema de avaliação efetivo deve ter uma abordagem ampla, de forma a abranger diversas dimensões (BRASIL, 2007).

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) utiliza três aspectos para avaliação: “estrutura (recursos físicos, humanos e organizacionais adequados); avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais; avaliação dos resultados (o impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente); e avaliação da satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho” (BRASIL, 2007).

O objetivo do PNASS é avaliar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde nas dimensões de estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente a essas unidades.

Pelo fato de o conceito de *qualidade assistencial* ser subjetivo, não se deve considerá-lo mensurável, mas avaliável. Isso gera a necessidade de elaboração de métodos e instrumentos que possam identificar aspectos relativos à estrutura, processos e resultados, mas também aqueles relacionados à percepção das pessoas que trabalham ou utilizam os serviços de saúde, sendo esta a proposta do PNASS (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, se mostra cada vez mais necessária, por parte do enfermeiro, além de habilidades e conhecimentos clínicos e procedimentais, a capacidade gestora, organizacional e do cuidado, e a reflexão e conduta crítica, voltadas para o usuário (AZEVEDO et al., 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a operacionalização do sistema de Classificação de Risco em uma unidade de emergência de um hospital público, em Brasília, Distrito Federal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os profissionais atuantes na Classificação de Risco;
2. Avaliar o processo de Classificação de Risco da unidade de emergência a partir da perspectiva dos profissionais que aplicam o protocolo;
3. Caracterizar os usuários que utilizam o serviço;
4. Caracterizar os dados de atendimento dos pacientes no serviço;
5. Avaliar o processo de Classificação de Risco da unidade de emergência a partir da perspectiva dos usuários que utilizam o serviço;
6. Verificar a validade preditiva do protocolo utilizado na instituição;
7. Identificar possíveis fatores dificultadores na aplicação de protocolos do ponto de vista de recursos humanos, materiais e metodológicos.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico de avaliação, exploratório descritivo, quantitativo, com delineamento transversal, composto por métodos e técnicas diversificadas.

Este tipo de estudo indica a possibilidade de existência de determinadas associações do evento estudado, com as características temporais, espaciais ou pessoais, levando os pesquisadores a formularem hipóteses para novas investigações a serem realizadas (FLETCHER, 1996).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DO ESTUDO

4.2.1 Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF)

O local de realização desta pesquisa foi inaugurado em 1960 como Hospital Distrital de Brasília, sendo centro de referência para as regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, e se tornando em 1976 o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF). Em 1978, implanta-se a proposta de hierarquização da atenção a saúde em vigor até hoje. O HBDF passa a atender patologias de alta complexidade (terciárias); os Hospitais, agora Regionais e não mais Rurais, patologias de média complexidade (secundárias), e os Centros de Saúde, criados a partir dessa proposta, seriam responsáveis pela atenção primária (SESDF, 2013).

O hospital é a referência de traumas e cirurgias num raio de 500 km a sua volta. A maioria dos pacientes graves do DF e entorno, sudoeste de Minas Gerais, norte e nordeste de Goiás e Sudoeste da Bahia, são automaticamente encaminhados para o HBDF. O setor de emergência da instituição conta com as especialidades de cardiologia, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia cardíaca, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, neurocirurgia, neurologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia/traumatologia e urologia; porém parte delas atende apenas pacientes com encaminhamentos de outros serviços (SESDF, 2013; TOLIFE, 2015).

Além desses pacientes, a demanda espontânea é bastante alta, até mesmo em razão do hospital ser reconhecidamente, pela população, o melhor e mais bem equipado da região. Em função dessa abrangência geográfica e demográfica, sua demanda média de atendimentos diários é em torno de 600 pacientes (TOLIFE, 2015).

O HBDF é um hospital geral, público, de gestão estadual. Possui Unidade de Internação (538 leitos), Pronto Socorro (106 leitos), Unidade de Terapia Intensiva - UTI (67 leitos), Bloco Cirúrgico e Ambulatório (TOLIFE, 2015).

O serviço de emergência do HBDF opera com classificação de risco desde 2006, até então sem a utilização de protocolo. A partir de 2010 passou-se a utilizar o Protocolo de Classificação de Risco institucional de Campinas, sendo substituído, em 2012, pelo protocolo de Manchester. Para isso, os profissionais do serviço receberam treinamento e utilizam o sistema de triagem informatizado Trius®.

A classificação de risco se localiza logo na entrada da emergência do hospital, próxima ao corredor dos boxes e da área de espera dos consultórios médicos. Conta com área de espera com bancos coletivos e três salas para consulta de enfermagem, sendo que duas são utilizadas para atendimento dos usuários e uma se mantém fechada para uso dos funcionários como copa. Todos os pacientes que chegam ao serviço se dirigem primeiramente ao setor de fichas e registros, de onde são encaminhados à espera pela consulta de enfermagem e chamados para a classificação por técnico de enfermagem que permanece em um balcão de atendimento. Não há diferenciação especial ou de operacionalização para o atendimento a adultos ou crianças.

4.3 ETAPAS DO ESTUDO

A operacionalização da pesquisa se deu nas seguintes etapas:

1. Aprimoramento do projeto de pesquisa;
2. Tramitação para autorização da pesquisa na instituição;
 - a. Núcleo de Educação e Pesquisa em Saúde do HBDF (NEPS/HBDF);
3. Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
 - a. Submissão ao CEP/FS;
 - b. Encaminhamento ao CEP/Fepecs.
4. Período de observação no local de pesquisa;
 - a. Fase de visitas para apropriação de dados da rotina;
 - b. Observações sistemáticas não participativas.
5. Revisão de literatura;
6. Coleta de dados presenciais;
 - a. Registro no Centro de Pesquisa Clínica do HBDF (CEPEC/HBDF);
 - b. Registro na Gerência de Pessoas do HBDF;

- c. Geração de usuário e senha de acesso ao sistema de informação da instituição pela Direção Geral;
 - d. Coleta de dados propriamente dita.
7. Coleta de dados via sistema de informação da instituição;
 8. Análise dos dados;
 9. Elaboração de artigo científico;
 10. Redação da dissertação.

4.4 PERÍODO DE OBSERVAÇÃO

Para determinação definitiva da operacionalização do processo de coleta de dados, foram feitas visitas para primeira abordagem dos funcionários da unidade, obtenção de informações iniciais e ambientação com a rotina do serviço.

Em seguida, foram realizadas observações sistemáticas não participativas durante uma semana, nos dois turnos considerados de maior fluxo de pacientes pelos funcionários (manhã e tarde), sendo um turno por dia. Cada observação durou entre duas e três horas e foi registrada em diário de campo.

4.5 COLETA DE DADOS

Para coleta dos dados, a pesquisa foi conduzida em três eixos:

1. Amostra 1 – Profissionais: Caracterização dos profissionais e avaliação do serviço;
2. Amostra 2 – Usuários: Caracterização dos usuários, dados de atendimento e avaliação do serviço;
3. Amostra 3 – Usuários: Caracterização dos usuários e dados de atendimento.

Cada eixo será descrito separadamente quanto aos demais aspectos metodológicos.

4.5.1 Eixo 1 – Profissionais: caracterização dos profissionais e avaliação do serviço

4.5.1.2 População e amostra

A população deste eixo de estudo foi constituída de profissionais alocados no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco da unidade de emergência do Hospital de Base. Para diferenciação das outras amostras, essa foi denominada *Amostra 1*.

Ao todo, 13 profissionais atuam no Acolhimento com Classificação de Risco em Emergência, sendo destes 10 exclusivos do serviço e 3 que cumprem hora extra.

Para cálculo de amostra foi definido o método de amostragem exaustiva, de modo a incluir todo o universo a que o estudo se refere. O universo de estudo é composto de 10 profissionais, dos quais 3 estavam afastados e, sendo assim, o número amostral foi de 7 profissionais. Este método foi selecionado pelo fato de a população total ser composta por um número pequeno de indivíduos e, desta forma, apenas este número seria representativo do universo.

Foram incluídos no estudo profissionais de saúde que atuassem no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco da unidade de emergência do HBDF por, pelo menos, 1 ano e que aceitassem participar do estudo por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos profissionais que não fossem exclusivos da classificação de risco, como aqueles que cumpriam hora extra neste serviço; e aqueles afastados durante o período da pesquisa.

4.5.1.3 Instrumentos

Para a coleta de dados dos profissionais foi utilizado questionário composto de duas seções: a primeira abordando dados referentes à caracterização dos participantes e a segunda relativa à avaliação do serviço por eles. Para a seção de avaliação, foi utilizado o “Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco” (**Apêndice B**), validado por Belucci Jr. Trata-se de um questionário estruturado, autoaplicável, composto por 21 itens e elaborado em forma de escala Likert, que indica o nível de concordância ou de discordância das declarações, com pontuação numérica de 1 a 5, abordando as três dimensões donabedianas: estrutura (espaço físico, organização), processo (profissionais, protocolo) e resultados (resolutividade, humanização). (DONABEDIAN, 1980, 2003)

4.5.1.4 Procedimentos

Os dados foram coletados pessoalmente pela pesquisadora entre os dias 30 de março e 10 de abril. Foi realizado contato inicial com os profissionais, individualmente, em sua unidade de atuação. Foram explicados o objetivo do estudo e os aspectos relacionados ao consentimento esclarecido.

Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa foram orientados sobre o correto preenchimento do questionário, solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o instrumento foi deixado com eles para retorno posterior (no mesmo dia ou, em casos de sobrecarga laboral do profissional no momento, no dia seguinte).

4.5.2 Eixo 2 – Usuários: caracterização dos usuários e avaliação do serviço

4.5.2.1 População e amostra

A população deste eixo do estudo foi composta por usuários do serviço de Acolhimento com Classificação de Risco do setor de emergência do HBDF, abordados pessoalmente na unidade para entrevista. Esta amostra foi chamada *Amostra 2*.

Para cálculo amostral foi definido método de amostragem probabilística sistemática, na qual a população, ou a relação de seus componentes, é ordenada, de forma tal que cada elemento seja identificado pela posição (MARCONI; LAKATOS, 2012). Este método foi escolhido porque é eficiente na medida em que a listagem esteja misturada no que se refere à característica em estudo (MARCONI; LAKATOS, 2012). Para o cálculo, foi determinada a quantidade média de pacientes atendidos semanalmente na unidade de emergência, da seguinte forma:

$$n = \left[\frac{x}{4} \times k \right] \quad n = \left[\frac{13531}{4} \times 0,05 \right] = 169 \quad 169 + 10\% = 185$$

Sendo:

n = Tamanho da amostra

x = Número médio de admissões na unidade de emergência em 1 mês

k = Constante de fração dos atendimentos semanais

Na operação, o número 4 corresponde às semanas do mês. O valor de x foi obtido pela média simples do número de atendimentos de cada mês durante um ano (entre 23 de março de

2014 e 22 de março de 2015). A constante k foi determinada por referência anterior na literatura que determinara como representativo do universo de usuários o correspondente a 5% dos atendimentos semanais da unidade (MENDES et al., 2009). Dessa forma, foram calculados para constituir o estudo 169 usuários, aos quais foram acrescidos 10% para cobertura de eventuais perdas, totalizando 185 participantes.

Para a sistematização da amostra, foram utilizados intervalos entre os pacientes que eram abordados para participação do estudo. Os intervalos foram gerados proporcionalmente ao fluxo de usuários em cada turno do dia, considerando-se a seguinte distribuição de admissões diárias:

Manhã: 45%

Tarde: 36%

Noite: 15%

Madrugada: 4%

Dessa forma, a amostra total foi distribuída proporcionalmente para cada período. Os intervalos foram calculados a partir da divisão do total de atendimentos esperados para o turno pela amostra calculada para o turno.

Foram incluídos no estudo usuários da unidade de emergência do HBDF que foram atendidos no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco entre 30 de março e 11 de abril e que concordaram em participar por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos do estudo usuários menores de 18 anos sem autorização de responsável; usuários que deram entrada na unidade de emergência via classificação de “politraumatizados”, “cirurgia de emergência”, “cirurgia eletiva” e “centro cirúrgico”; usuários com redução de estado de consciência, estado de humor alterado ou expressão facial de dor forte; e usuários encaminhados pela enfermeira classificadora a outro serviço de saúde.

Foram consideradas perdas usuários que desistiram de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou que não finalizaram o preenchimento do questionário.

4.5.2.2 Instrumentos

O questionário aplicado aos usuários do serviço possui três seções: a primeira aborda dados referentes ao perfil do usuário; a segunda corresponde aos dados do atendimento do

usuário; e a terceira é relativa à sua avaliação do serviço e, assim como o instrumento de avaliação aplicado aos profissionais do serviço, aborda as três dimensões donabedianas.

Este questionário foi adaptado a partir das recomendações do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde e baseado em instrumento adotado para avaliação de serviços de emergência (**Apêndice C**), composto por 8 itens e estruturado em forma de escala de concordância e discordância de Likert. Optou-se pela operacionalização da coleta de dados por meio da aplicação do questionário pela pesquisadora, considerando-se o perfil socioeconômico e educacional dos participantes, que poderiam não estar, em seu número total, aptos para autoaplicação do instrumento. Os dados complementares de caracterização e atendimento foram coletados do sistema de informação da instituição por meio de formulário estruturado (**Apêndice D**).

Como parâmetros para as dimensões abordadas, foram utilizados como referência os manuais do Ministério da Saúde referentes à Política Nacional de Humanização, ao Acolhimento com Classificação de Risco, à Ambiência e ao Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (BRASIL, 2004a, 2004b, 2004c, 2007, 2009)

4.5.2.3 Procedimentos

Os dados foram coletados entre 30 de março e 11 de abril, e distribuídos em diferentes turnos do dia. Foram eliminados do cronograma feriados e domingos, que apresentam alterações no fluxo de pacientes e escala de funcionários, em consonância com as recomendações dos profissionais do serviço.

Para operacionalização da coleta, os turnos foram divididos da seguinte forma: manhã (6h às 11h59), tarde (12h às 17h59), noite (18h às 23h59) e madrugada (0h às 5h59). Conforme distribuição do fluxo de usuários durante o dia, optou-se por realizar a pesquisa em três dias durante a manhã, três dias durante a tarde, dois dias durante a noite e dois dias durante a madrugada, conforme **Quadro 8**. Essa organização foi feita com o objetivo de observar as diferenças de resultados em relação aos dias da semana e turnos do dia.

Quadro 8 - Cronograma de coleta de dados da pesquisa (março e abril de 2015).

Dia do mês	Dia da semana	Turno
30/03	Segunda-feira	Tarde
31/03	Terça-feira	Manhã

01/04	Quarta-feira	Madrugada
02/04	Quinta-feira	Tarde
06/04	Segunda-feira	Manhã
07/04	Terça-feira	Madrugada
08/04	Quarta-feira	Noite
09/04	Quinta-feira	Tarde
10/04	Sexta-feira	Manhã
11/04	Sábado	Noite

Após passarem pela sala de Acolhimento com Classificação de Risco, os usuários foram abordados na área de espera dos consultórios, lhes foram explicados os objetivos da pesquisa, a forma de participação e o conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Aos usuários que aceitaram participar da pesquisa, foi aplicado o questionário e solicitada a assinatura no TCLE. O tempo de duração de aplicação dos questionários foi variável, entre cerca de 5 e 30 minutos, já que foi dada ao participante a liberdade de se expressar durante o processo. As perguntas eram realizadas de maneira objetiva e reformuladas quando o usuário tinha dificuldade de entendimento, mantendo-se o sentido dos itens.

4.5.3 Eixo 3 – Usuários: Caracterização dos usuários e dados do atendimento

4.5.3.1 População e amostra

A população deste eixo do estudo foi composta de usuários do HBDF admitidos na emergência do hospital no mês de março de 2015, por meio dos seus registros no sistema de informação da instituição: Trak Care®. O universo de indivíduos foi de 13912.

A amostra foi definida através do método de amostragem probabilística com aleatorização simples. A determinação do tamanho da amostra teve como base o referencial também usado para o cálculo da amostra de usuários para aplicação de questionários, ou seja, 5% do número médio de atendimentos semanais da unidade. Para aleatorização da amostra, foram organizados em lista numerada todos os pacientes admitidos no mês de março e selecionados 169 deles por meio de randomização dos números através do software Epi Info 7 (OMS, 2015). Os pacientes selecionados para a amostra e posteriormente excluídos em

função de não preenchimento de critérios foram substituídos pelos respectivos seguintes na lista.

Cabe enfatizar que o grupo amostral de usuários incluídos no *Eixo 2* (*Amostra 2*, com aplicação de questionários) é diferente deste incluído no *Eixo 3* (*Amostra 3*, com dados coletados pelo sistema exclusivamente). Essa diferenciação foi feita de modo a se evitar alguns vieses. Dados sobre a caracterização e avaliação dos usuários só poderiam ser coletados através de contato direto com os participantes. Porém, dados como a frequência de cada cor atribuída aos usuários na classificação de risco e especialidade seriam influenciados pelo fato de serem abordados apenas usuários em condições de aguardar pelo atendimento médico na sala de espera, havendo assim uma taxa reduzida de pacientes classificados como “vermelho”, por exemplo. Da mesma maneira, a distribuição de dados de atendimento seria menos fidedigna na *Amostra 2*, já que o período de coleta dos dados deste eixo não foi representativo de todo o mês, ao contrário do *Eixo 3*, que incluiu dados de todo este período. Desta forma, apenas o *Eixo 2* contém dados relativos à escolaridade, profissão e avaliação, por exemplo, e o *Eixo 3* contempla dados mais fidedignos a respeito das frequências encontradas no grupo.

Nesta amostra, foram incluídos dados do sistema de usuários admitidos na unidade de emergência do HBDF entre os dias 1º e 31 de março de 2015.

Foram excluídos pacientes classificados na cor branca; pacientes sem cor de classificação de risco atribuída no sistema, com exceção daqueles que deram entrada na unidade via “politraumatizados”, que foram considerados como “vermelho” por serem levados ao serviço em carro de emergência e atendidos imediatamente.

4.5.3.2 Instrumento

O instrumento utilizado para catalogação dos dados dos usuários no sistema de informação do hospital possui uma sessão referente a informações do próprio usuário e outra relativa aos dados do atendimento dele no serviço, semelhantemente ao questionário utilizado no *Eixo 2*, porém abordando apenas as informações disponíveis no sistema de informação (**Apêndice D**).

4.5.3.3 Procedimentos

As informações foram acessadas através do sistema de informação Trak Care, licenciado para uso pela rede hospitalar do Governo de Estado do Distrito Federal (GDF). Para entrada no sistema, a pesquisadora foi registrada com um perfil de acesso de auditoria, concedido pela direção geral da instituição.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para tratamento e catalogação de dados, eles foram inseridos em banco por meio do software Epi Info™ versão 7 (OMS, 2015).

Para interpretação dos dados, foram realizadas análise estatística descritiva, por meio de frequências absolutas e relativas; cruzamentos em valores absolutos e relativos; e análise estatística inferencial, por meio do software R (R TEAM, 2015).

Para análise estatística inferencial foram utilizados os testes t de Student, Mann-Whitney, Correlação de Spearman, Qui-quadrado, ANOVA e Tukey.

O teste t tem como propósito a comparação das médias de uma variável contínua em duas amostras de pesquisa, de maneira a determinar se existe ou não diferença entre a média das duas observações que exceda a diferença que se esperaria por acaso em amostras aleatórias (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005).

O teste Mann-Whitney é usado para testar se duas amostras independentes foram retiradas de populações com médias iguais. Esse teste é, portanto, uma alternativa para o teste “t” para amostras independentes quando a amostra for pequena e/ou as pressuposições, exigidas pelo teste “t”, estiverem seriamente comprometidas. A única exigência do teste de Mann-Whitney é a de que as observações sejam medidas em escala ordinal ou numérica (FGV/EPGE, 2015).

Correlação de Spearman é uma medida de correlação não-paramétrica com o mesmo propósito do coeficiente de Pearson e não requer a suposição que a relação entre as variáveis seja linear, nem requer que as variáveis sejam medidas em intervalo de classe; pode ser usado para as variáveis medidas no nível ordinal, variando seu valor de -1 a 1.

O teste Qui-quadrado serve para avaliar quantitativamente a relação entre o resultado de um experimento e a distribuição esperada para o fenômeno. Isto é, ele nos diz com quanta certeza os valores observados podem ser aceitos como regidos pela teoria em questão.

ANOVA é uma coleção de modelos estatísticos no qual a variância amostral é particionada em diversos componentes devido a diferentes fatores (variáveis), que nas

aplicações estão associados a um processo, produto ou serviço. Através desta partição, a ANOVA estuda a influência destes fatores na característica de interesse. Também é uma generalização do teste t de Student. Já o teste de Tukey é um procedimento de comparação múltipla passo a passo, que foi utilizado para avaliação do diferencial de resultado no teste ANOVA.

4.7 VERIFICAÇÃO DA DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Para descrição e relato do estudo foi utilizado como referência o STROBE Statement, lista de verificação (checklist) que contém 22 itens, formulados pela iniciativa denominada Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). A intenção da Iniciativa STROBE é oferecer uma recomendação sobre como relatar estudos observacionais de forma mais adequada sem fazer com que tais recomendações sejam percebidas como prescrições para elaborar o desenho ou conduzir esses estudos (MALTA et al., 2010).

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS) sob número de parecer 943.449 (**Anexo A**), e então encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde (CEP/Fepecs) sob número de parecer 979.141 (**Anexo B**).

A pesquisa foi autorizada pela chefia da unidade de emergência da instituição em que foi realizada e pela direção geral do hospital, por meio do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Saúde (NEPS) (**Anexo C**). Além disso, foi cadastrada no Centro de Pesquisa Clínica (CEPEC) do hospital antes do início de sua realização (**Anexo D**).

Todos os entrevistados foram orientados a respeito do sigilo da origem de seus dados. Aos profissionais foi oferecida total privacidade para preenchimento dos questionários, já que o realizaram por conta própria, dentro de seus consultórios. Não pôde ser fornecida completa privacidade aos usuários, já que eles foram entrevistados na área de espera dos consultórios. Para atenuar este fator, os entrevistados foram consultados quanto à preferência de participação em área mais reservada ou no local em que se encontravam.

Todos os participantes concordaram em contribuir com a pesquisa por meio de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi apresentado a cada um antes da aplicação dos questionários.

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos após a análise dos dados serão apresentados para cada eixo de pesquisa individualmente, da mesma forma como organizados na metodologia. Da mesma maneira que os Eixos são numerados em 1, 2 e 3, as amostras correspondentes são numeradas da mesma forma, respectivamente.

5.1 EIXO 1 – PROFISSIONAIS: CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

Ao todo, 7 profissionais foram incluídos no estudo, que responderam a um questionário (**Apêndice B**) dividido em duas categorias, “caracterização” e “avaliação”, cujos resultados são apresentados a seguir. Os profissionais serão referidos pela letra P acompanhada de número entre 1 e 7, conforme sequência de preenchimento dos questionários pelos entrevistados.

5.1.1 Caracterização

Os profissionais foram solicitados a preencher o questionário que continha questões relacionadas a sexo, profissão, especialização, tempo de profissão, número de vínculos empregatícios, tempo de serviço na instituição, tempo de serviço na unidade, tempo de serviço na Classificação de Risco, realização de treinamento para atuação no serviço ou não, instituição responsável pela realização do treinamento.

A maior parte dos profissionais atuantes na Classificação de Risco são mulheres, pode ser verificado no **Gráfico 1**:

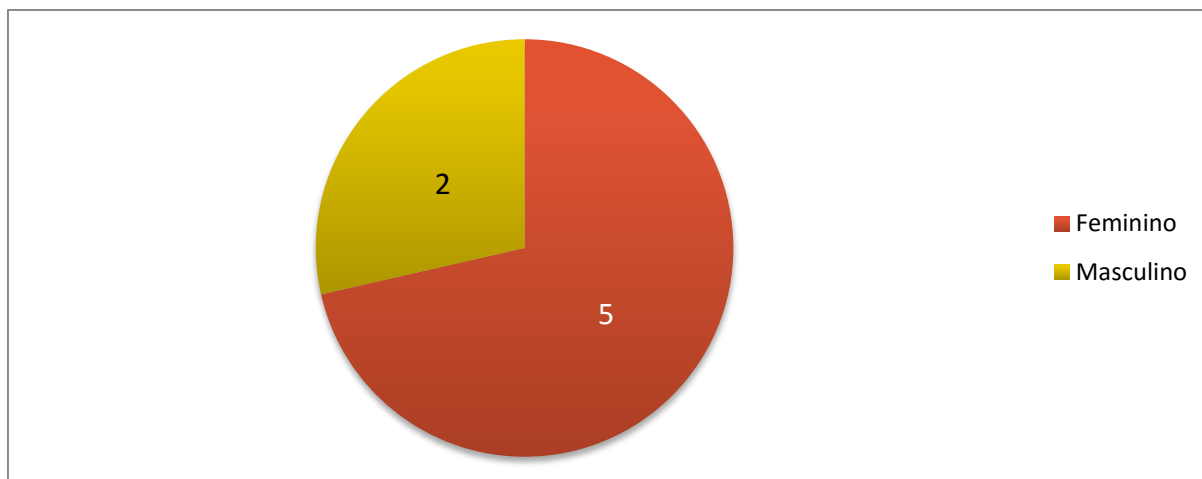


Gráfico 1 - Classificação dos profissionais que atendem na Classificação de Risco quanto a sexo.

Em relação a idade, apenas o profissional P6 forneceu essa informação, sendo do sexo feminino e apresentando 41 anos.

No que se refere à profissão e especialização, todos os profissionais informaram terem cursado ensino superior em enfermagem e apenas um não possuía especialização. As respectivas áreas de especialização constam no **Quadro 9**.

Quadro 9 - Catalogação dos profissionais quanto à posse de especialização.

Profissional	Especialização	Nome especialização
P1	Sim	Enfermagem Médico Cirúrgica
P2	Não	-
P3	Sim	Administração Hospitalar, Enfermagem do Trabalho
P4	Sim	Gestão em Saúde, Enfermagem do Trabalho e Residência em Saúde da Família
P5	Sim	Gestão de Serviços de Saúde
P6	Sim	Emergência e Urgência
P7	Sim	Terapia Intensiva

O tempo de profissão dos entrevistados variou entre 3 e 20 anos, com média de 13 anos. Em relação à atuação na unidade de emergência, notou-se um mínimo de 1 ano e máximo de 20 anos, com média de 6,85 anos, sendo que apenas um atua na unidade de emergência desde sua formação. Quanto à atuação na instituição, foi observado mínimo de 2

anos e máximo de 20 anos, com média de 8,14 anos. No que se refere ao serviço na classificação de risco, o mínimo foi de 1 ano, e o máximo de 5 anos, sendo a média de 3,14 anos. Estes dados constam no **Gráfico 2**.

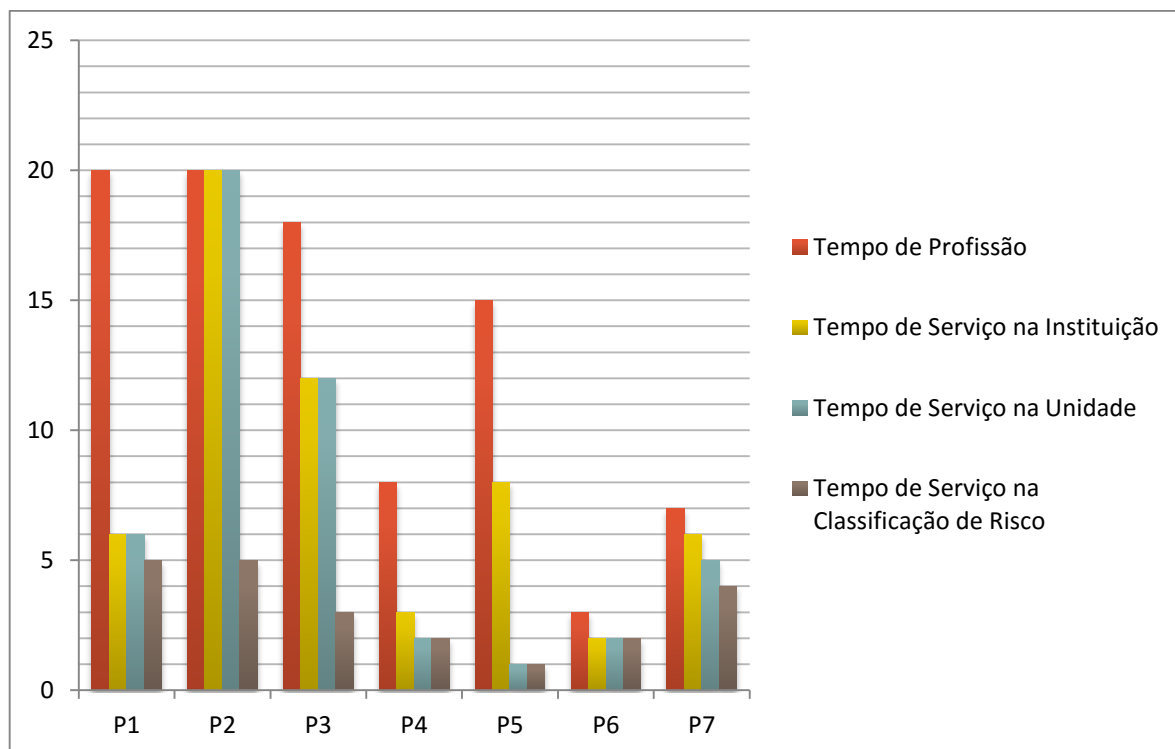


Gráfico 2 - Tempo (em anos completos) de profissão, atuação na instituição, atuação na unidade de emergência e atuação na classificação de risco para cada profissional.

O tempo de experiência ou atuação nos serviços não apresenta diferença em relação ao sexo dos profissionais, como pode ser observado a partir da aplicação do Teste de Mann-Whitney relacionando estas variáveis na **Tabela 28**.

Tabela 1 - Teste Mann-Whitney para sexo dos profissionais e os tempos de atuação.

Tempo de atuação	Teste Mann-Whitney	p-valor
Classificação de Risco	10.000	0.079
Instituição	6.000	0.845
Profissão	6.000	0.857
Unidade de Emergência	10.000	0.095

Em relação aos vínculos empregatícios, três afirmaram ter apenas um vínculo empregatício e quatro disseram ter dois vínculos empregatícios.

No que se refere ao treinamento para execução das atividades de classificação, todos referiram terem recebido, sendo ele oferecido pela própria instituição para todos os funcionários que são manejados para o serviço.

5.1.2 Avaliação

O questionário aplicado aos profissionais é o “Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco” (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012c) composto de 21 itens (**Quadro 10**), com respostas com formato tipo Likert, em escala de 1 a 5, correspondendo a “discordo completamente”, “discordo”, “nem concordo nem discordo”, “concordo” e “concordo completamente”, em ordem numérica crescente. Todos os profissionais incluídos na amostra responderam ao questionário e nenhum deles deixou itens em branco.

Quadro 10 - Síntese do conteúdo dos itens avaliados.

	Síntese do conteúdo
Item 1	Conforto ao usuário e acompanhante
Item 2	Ambiência acolhedora
Item 3	Treinamento sobre ACCR à equipe
Item 4	Privacidade nas consultas
Item 5	Acolhimento ao acompanhante
Item 6	Sinalização do ambiente
Item 7	Comunicação entre a equipe
Item 8	Atendimentos não emergenciais
Item 9	Conhecimento das condutas no ACCR
Item 10	Relacionamento entre liderança/liderados
Item 11	Segurança transmitida ao usuário
Item 12	Discussões sobre o fluxograma com a equipe
Item 13	Atendimentos emergenciais

Item 14	Comunicação com o usuário nas salas de espera
Item 15	Capacitação ao atendimento
Item 16	Humanização do atendimento
Item 17	Integração entre a equipe de saúde
Item 18	Reavaliação dos casos em espera
Item 19	Classificação de risco
Item 20	Encaminhamento de contrarreferência
Item 21	Satisfação com os resultados do ACCR

Primeiramente, são descritos os resultados proporcionais de respostas na escala para cada um dos 21 itens.

No primeiro item, o profissional deveria manifestar seu nível de concordância ou discordância para a seguinte afirmação: “a estrutura física para o Acolhimento com Classificação de Risco promove conforto ao usuário e acompanhante”. Para este item, a maior parte dos participantes disse discordar da afirmação (**Gráfico 3**).

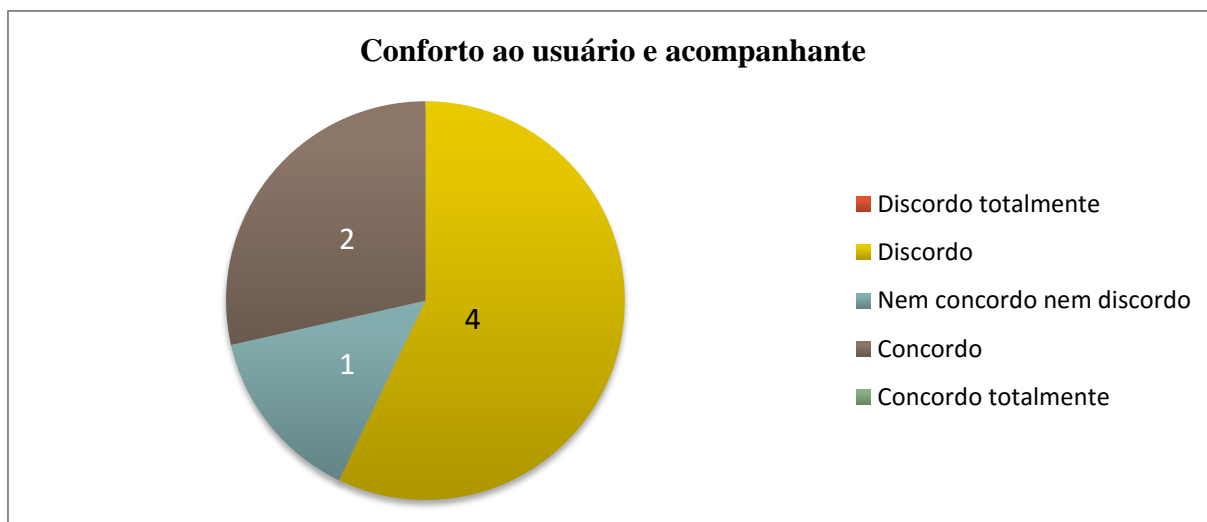


Gráfico 3 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 1.

O Item 2 continha a afirmação “o Acolhimento com Classificação de Risco torna o ambiente mais acolhedor e humano”. Em relação a esta afirmação, a maior parte dos profissionais apresentou concordância (**Gráfico 4**).

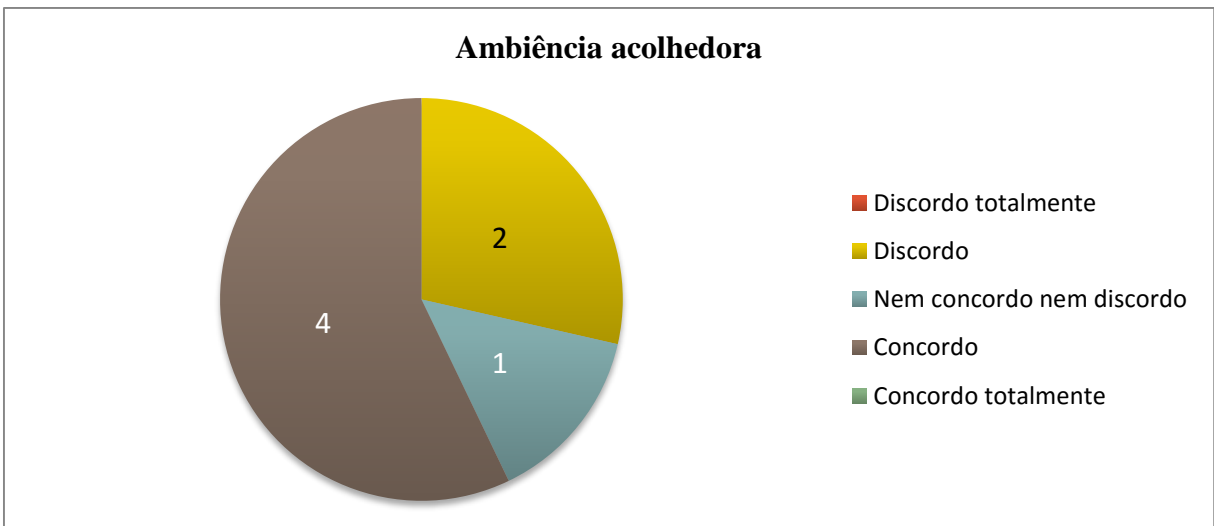


Gráfico 4 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 2.

No Item 3, o entrevistado era questionado em relação à proposição “não ocorrem reuniões e treinamentos periódicos para os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco”. A maior parte dos participantes concordou com a afirmação, como apresentado no **Gráfico 5**.

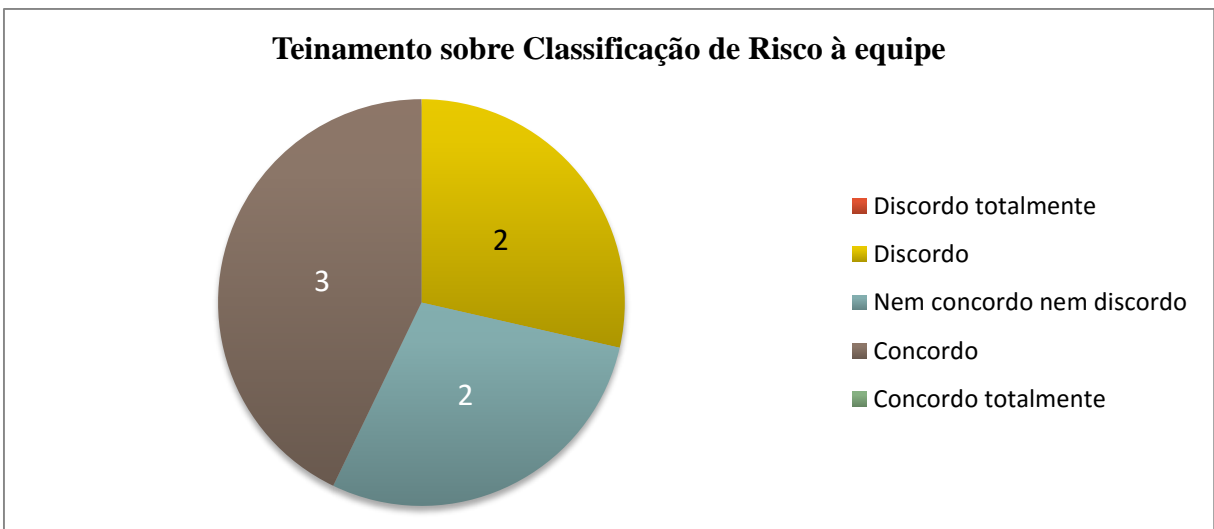


Gráfico 5 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 3.

Para avaliação do Item 4, o profissional deveria manifestar sua concordância ou discordância em relação à afirmação: “o espaço físico para consulta médica e de enfermagem não proporciona privacidade ao usuário”. As respostas mais frequentes ao questionamento foram “discordo” e “discordo totalmente”, como pode ser verificado no **Gráfico 6**.

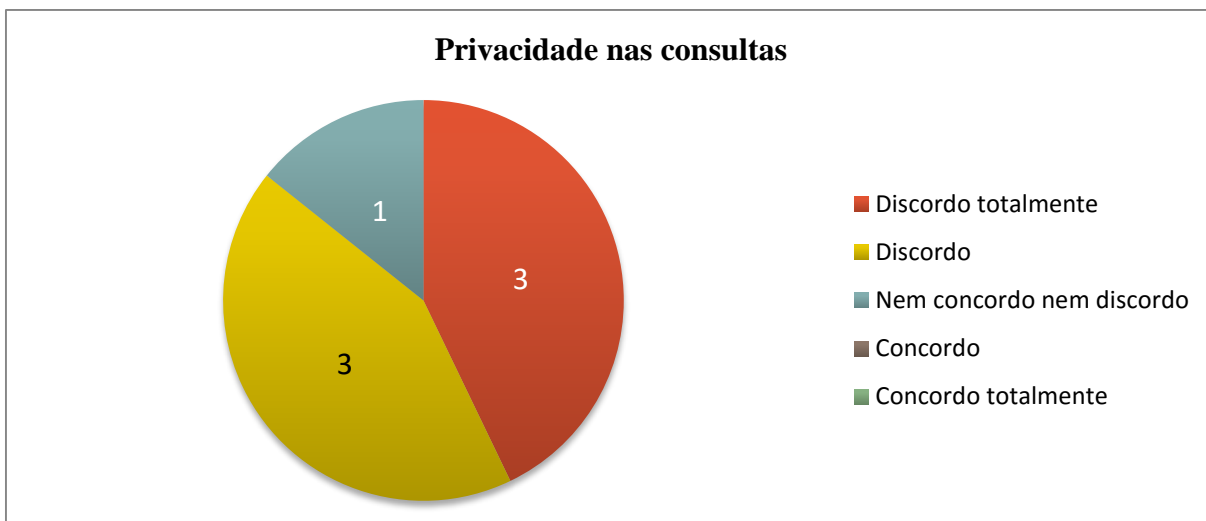


Gráfico 6 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 4.

O Item 5 era composto da afirmação “o espaço físico não é suficiente para acolher o acompanhante”. Para este item a maior parte dos entrevistados respondeu que concorda com o proposto, como consta no **Gráfico 7**.

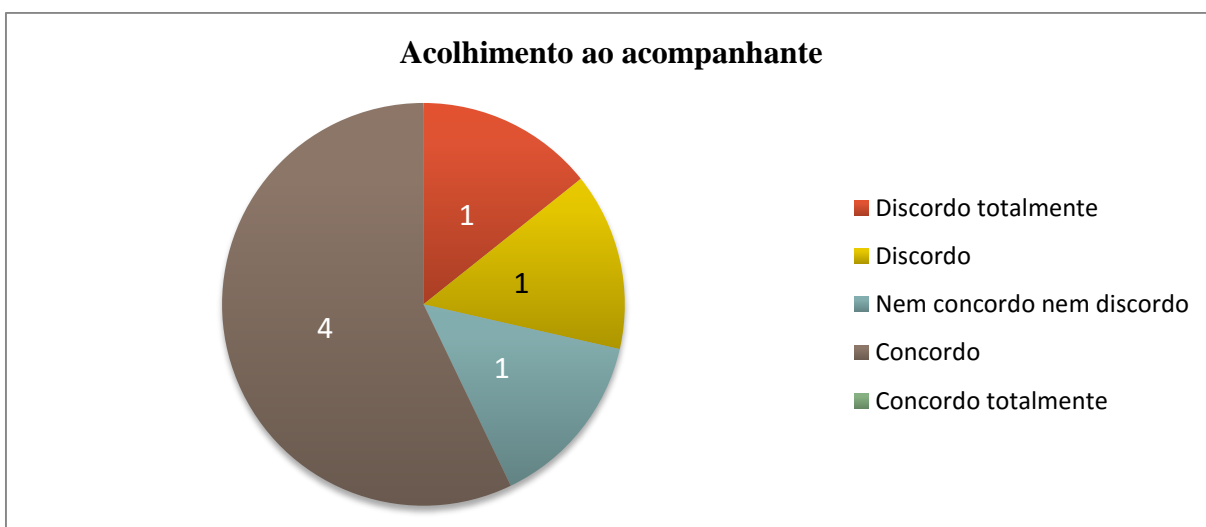


Gráfico 7 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 5.

O sexto item era relativo à questão “a sinalização do ambiente não é clara suficiente para o direcionamento do usuário ao atendimento no Acolhimento com Classificação de Risco”. Para este questionamento, a maior parte dos profissionais disse concordar, ficando o restante dividido igualmente entre as outras opções, conforme distribuição apresentada no **Gráfico 8**.

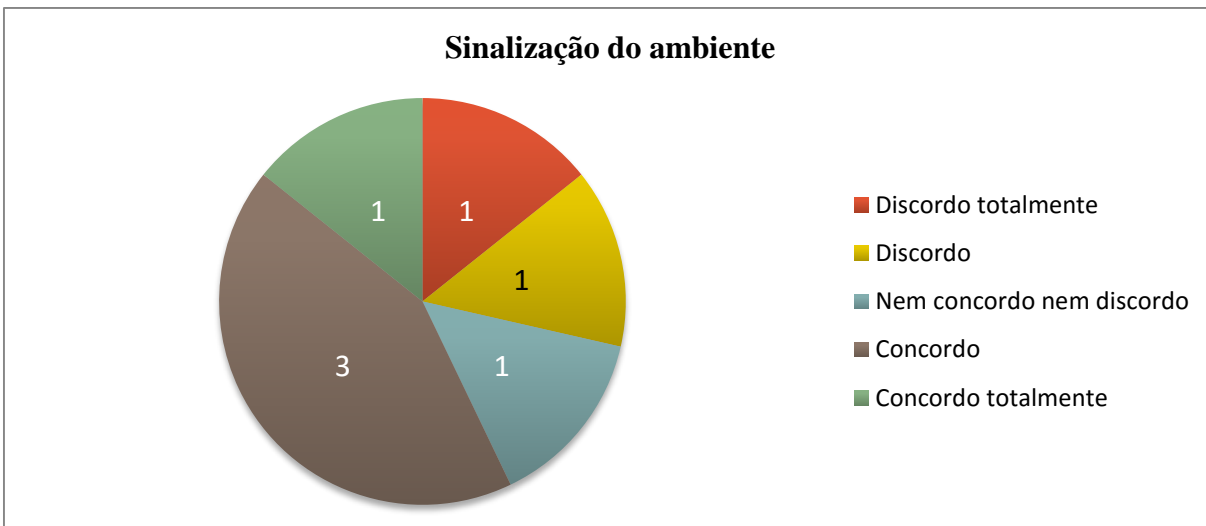


Gráfico 8 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 6.

No Item 7 constava a afirmação “os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco não se comunicam frequentemente com toda equipe do setor”, e para esta afirmação, a maior parte dos entrevistados respondeu “discordo”, como apresentado no **Gráfico 9**.

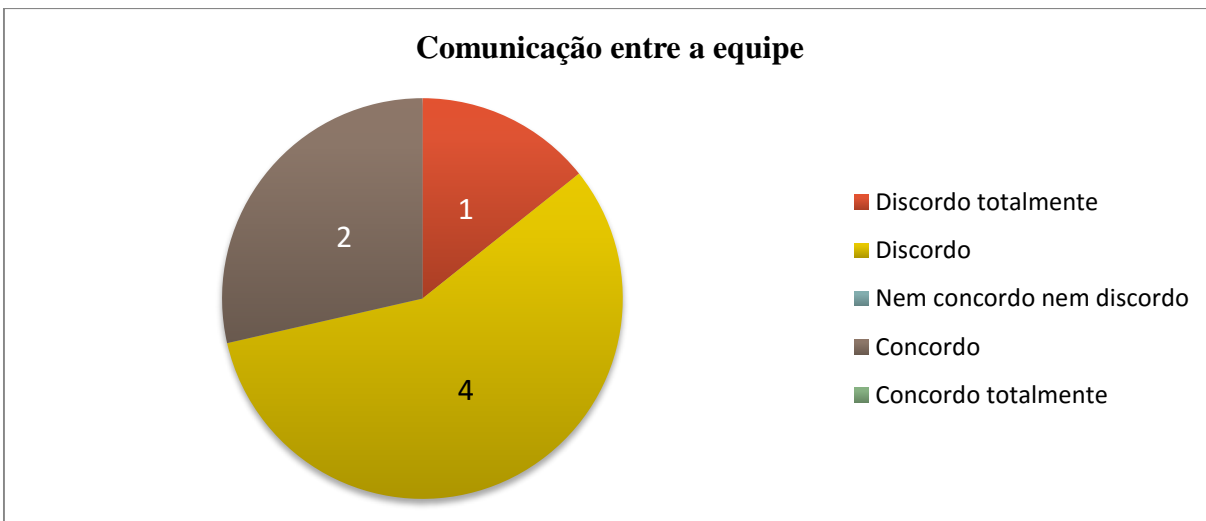


Gráfico 9 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 7.

O Item 8 questionava o entrevistado se “todos os pacientes não graves que procuram por atendimento nesse serviço de emergência passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco”. Neste ponto, como exposto no **Gráfico 10**, a resposta mais frequente foi “nem concordo nem discordo”.

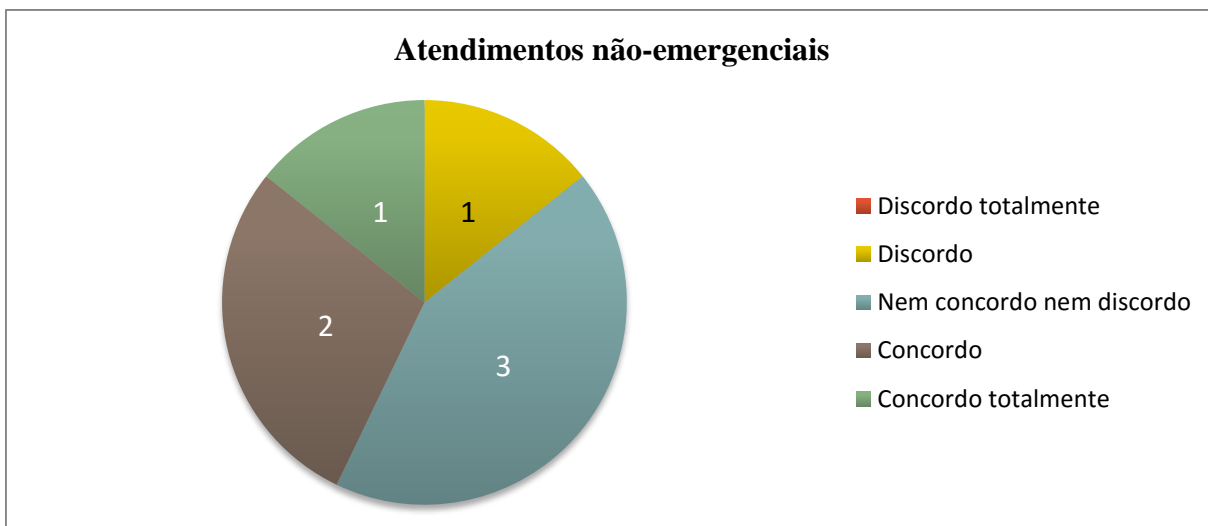


Gráfico 10 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 8.

O Item 9 era composto pela afirmação “as condutas a serem tomadas descritas no protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco não são conhecidas por todos que trabalham no setor”; para qual a principal resposta foi “discordo”, ficando o restante foi dividido igualmente entre “discordo totalmente” e “nem concordo nem discordo” (**Gráfico 11**).

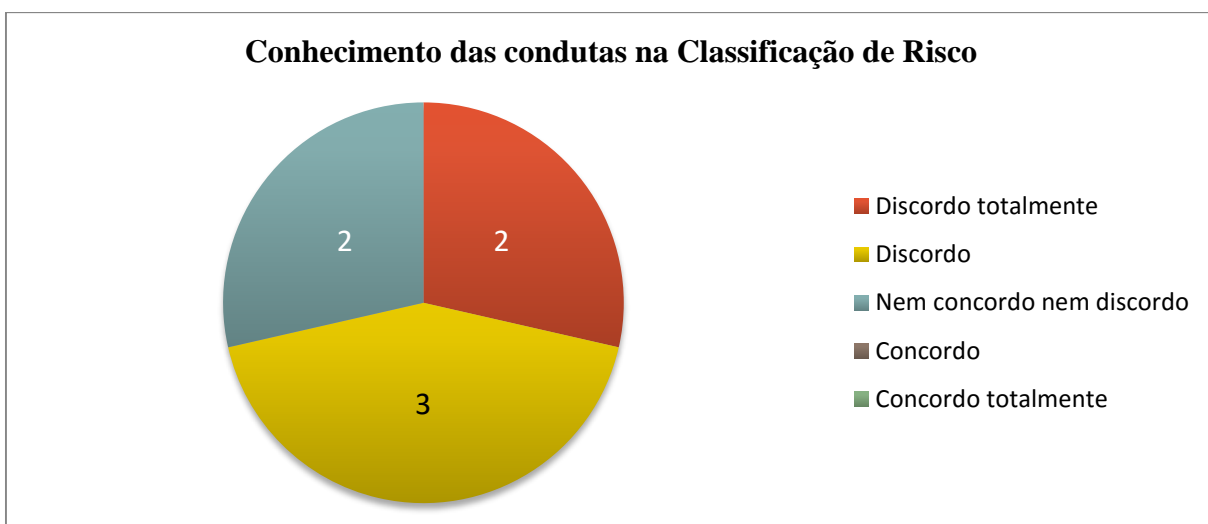


Gráfico 11 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 9.

No Item 10, o profissional era questionado se “as lideranças desse serviço discutem com os funcionários de forma democrática e acolhedora as propostas de mudanças no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco”. Como pode ser observado no **Gráfico 12**, a

maior parte dos entrevistados concordou com a afirmação, ficando o restante dividido igualmente entre “concordo totalmente”, “discordo” e “discordo totalmente”.

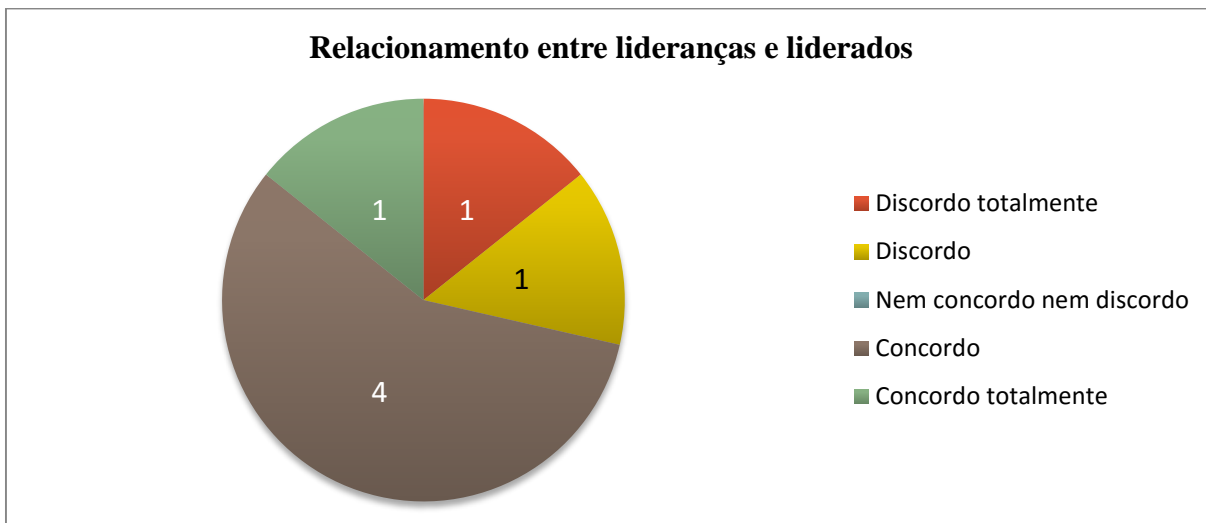


Gráfico 12 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 10.

O Item 11 era relativo à afirmação: “os Profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco contribuem para que o usuário se sinta seguro e confortável”; para a qual a maior frequência de respostas ficou dividida entre os que concordaram e os que concordaram totalmente, conforme **Gráfico 13**.

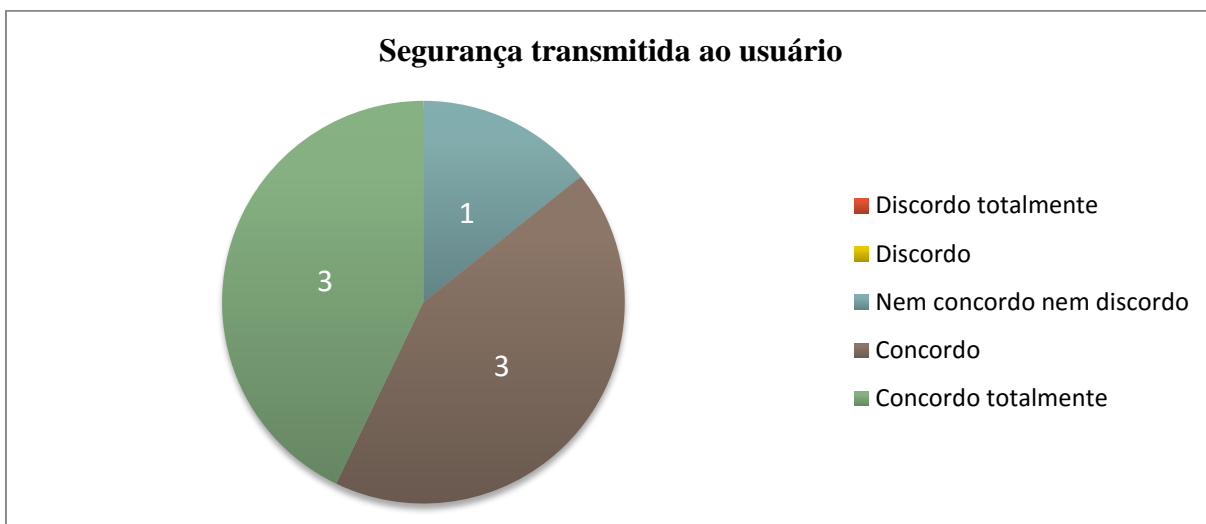


Gráfico 13 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 11.

No Item 12 constava a proposição: “o Fluxograma de atendimento do Acolhimento com Classificação de Risco é discutido com a equipe e avaliado periodicamente quanto à

clareza e objetividade”. Em relação a este item, a maior parte dos entrevistados concordou com a afirmação, conforme **Gráfico 14**.

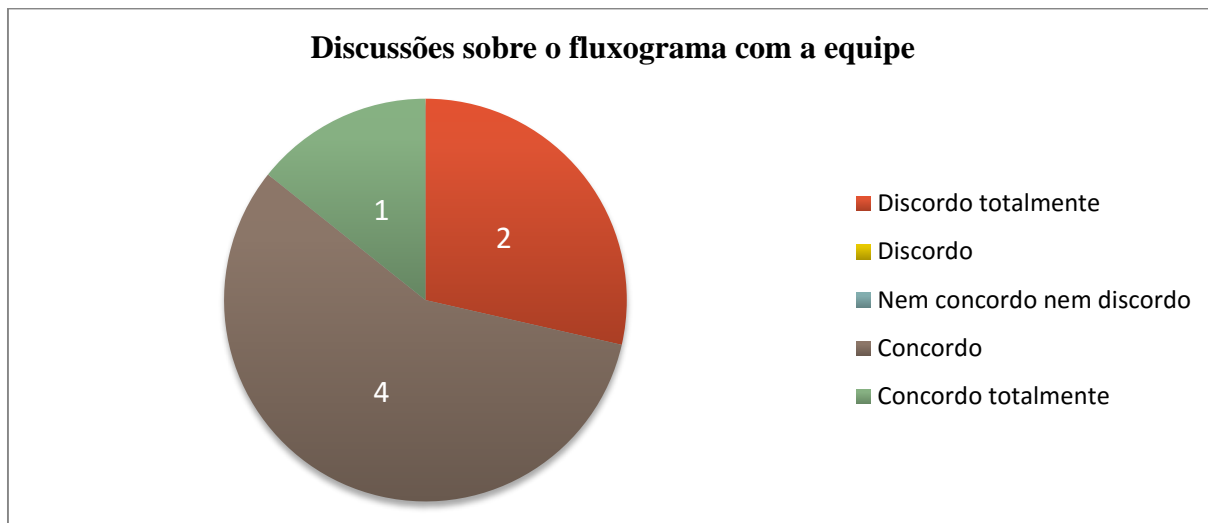


Gráfico 14 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 12.

No Item 13, o participante deveria manifestar seu nível de concordância ou discordância em relação à questão: “o atendimento primário ao usuário ocorre de acordo com a gravidade do caso e não de acordo com a ordem de chegada”. A maioria, como apresenta o **Gráfico 15**, respondeu que concorda totalmente com a afirmação e o restante se dividiu entre “concordo” e “nem concordo nem discordo”.

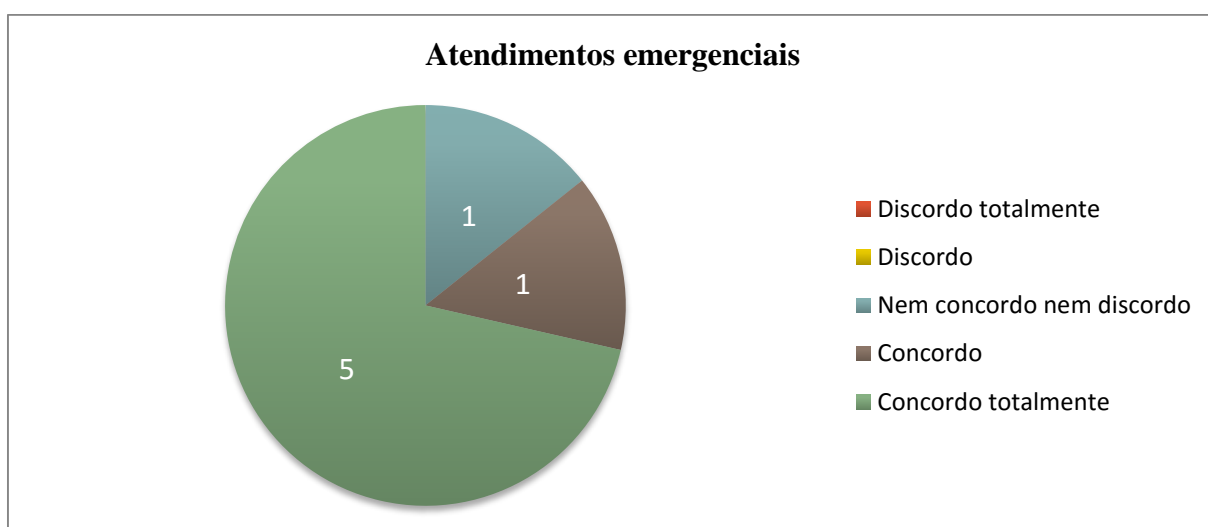


Gráfico 15 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 13.

O Item 14 continha a proposição: “O usuário que não corre risco imediato, assim como seus familiares, é informado sobre o tempo provável de espera pelo atendimento”; para a qual a maior parte dos profissionais manifestou concordância, como apresentado no **Gráfico 16**.



Gráfico 16 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 14.

No Item 15, o profissional era questionado em relação à afirmação: “os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco estão treinados para atender ao usuário e acompanhante de forma acolhedora e humana”. Conforme pode ser observado no **Gráfico 17**, para esta afirmação, a resposta mais frequente foi de concordância.

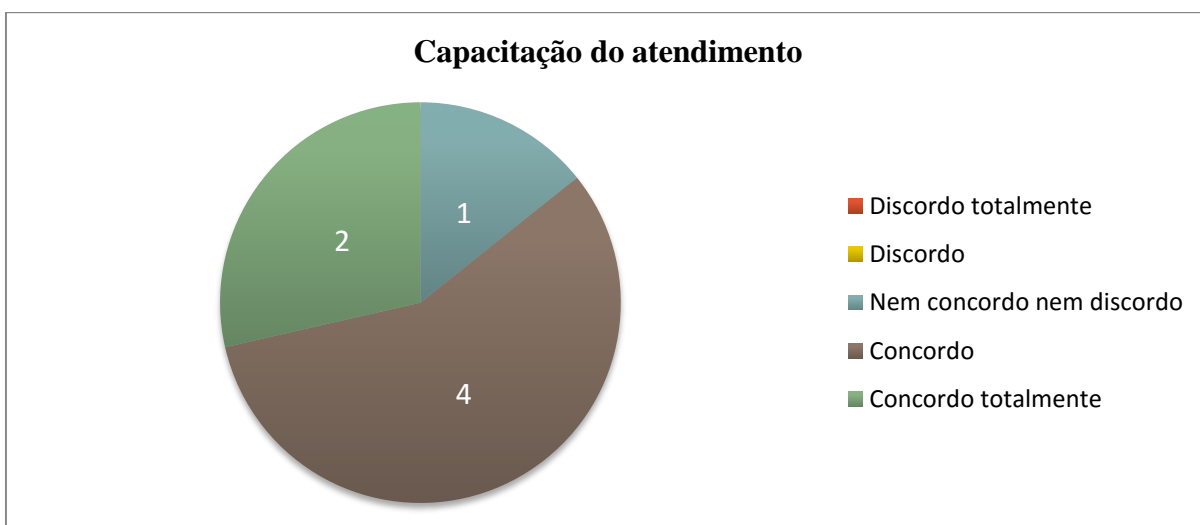


Gráfico 17 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 15.

O Item 16 era referente à seguinte afirmação: “nesse serviço, a humanização no atendimento não se faz presente em todas as etapas de atendimento ao usuário”. A maior parte dos entrevistados mostrou discordar desta proposição, como pode ser percebido na distribuição de respostas apresentada no **Gráfico 18**.

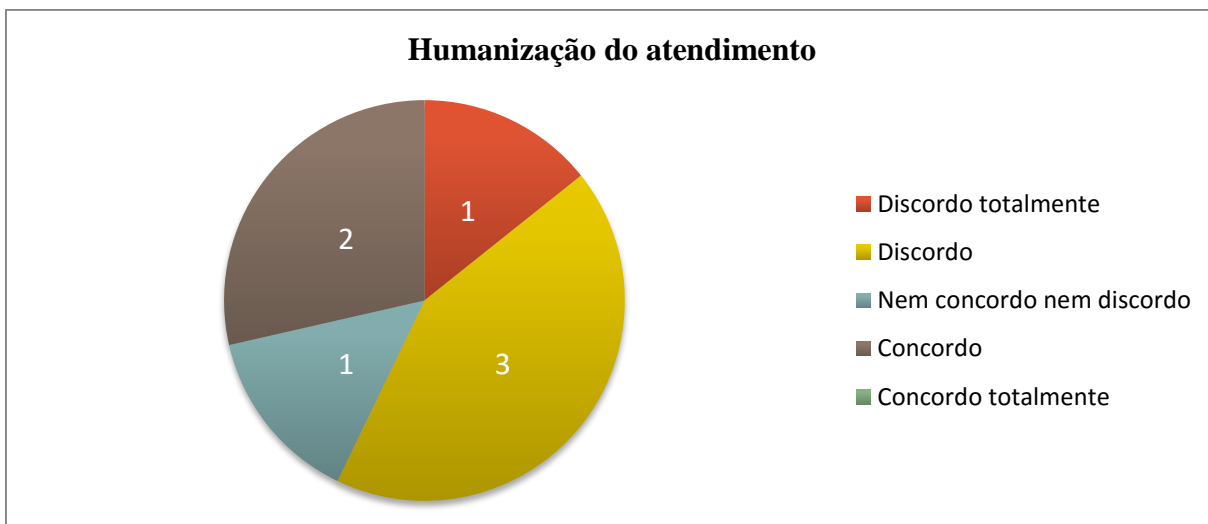


Gráfico 18 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 16.

No Item 17, o participante deveria apresentar sua concordância ou discordância em relação à questão: “a equipe multiprofissional que atua nesse serviço trabalha de forma integrada e atenta às necessidades do usuário”. Como apresentado no **Gráfico 19**, a resposta mais frequente para esta afirmação foi “concordo”.

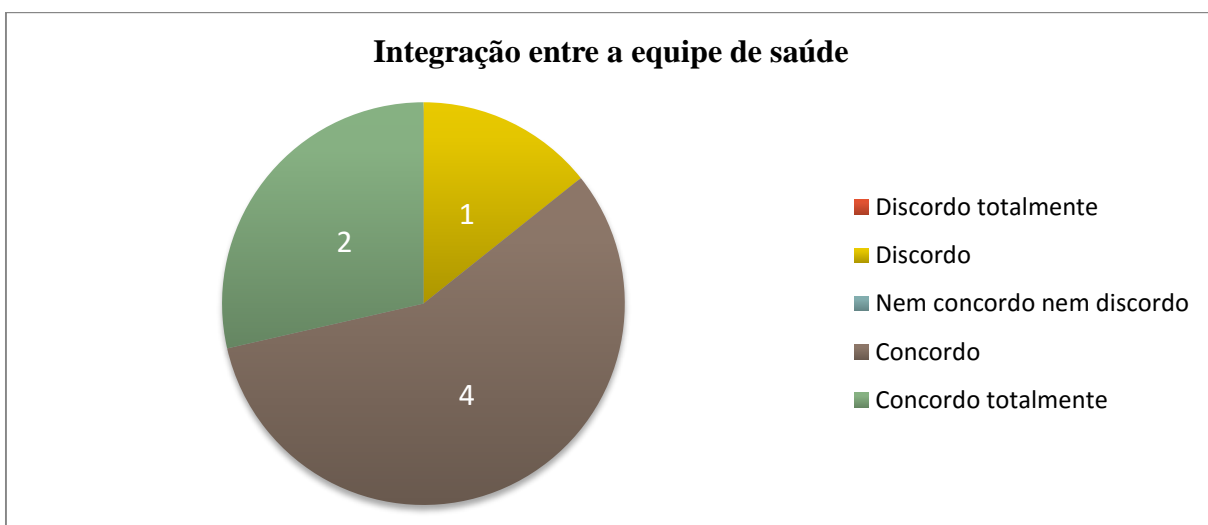


Gráfico 19 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 17.

Em relação ao Item 18, constava a seguinte proposição: “os usuários que passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco e aguardam pelo atendimento médico não são reavaliados periodicamente”. Para ele, a maioria das respostas foi de “nem concordo nem discordo”, como pode ser verificado no **Gráfico 20**.



Gráfico 20 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 18.

O Item 19 era referente ao seguinte questionamento: “mesmo com o Acolhimento com Classificação de Risco os pacientes graves não são priorizados para o atendimento”. Para este item, os sete profissionais responderam “discordo totalmente”.

Quanto ao Item 20, os profissionais deveriam se posicionar em relação à questão: “os casos de baixa complexidade não são encaminhados à rede básica de saúde”. Como exposto no **Gráfico 21**, a maioria dos entrevistados manifestou discordância em relação à afirmação.

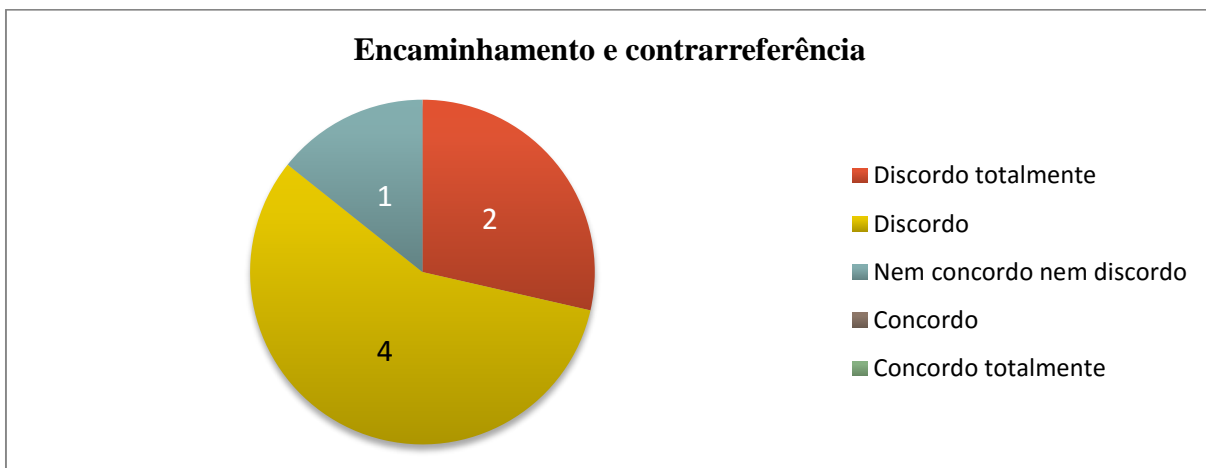


Gráfico 21 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 20.

Por fim, no Item 21, era solicitado que o participante manifestasse sua concordância ou discordância a respeito da seguinte afirmação: “os profissionais que atuam nesse setor se sentem satisfeitos com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no atendimento”. Em relação a isso, a maior parte dos profissionais respondeu que concorda com o sugerido no item, como apresentado no **Gráfico 22**.

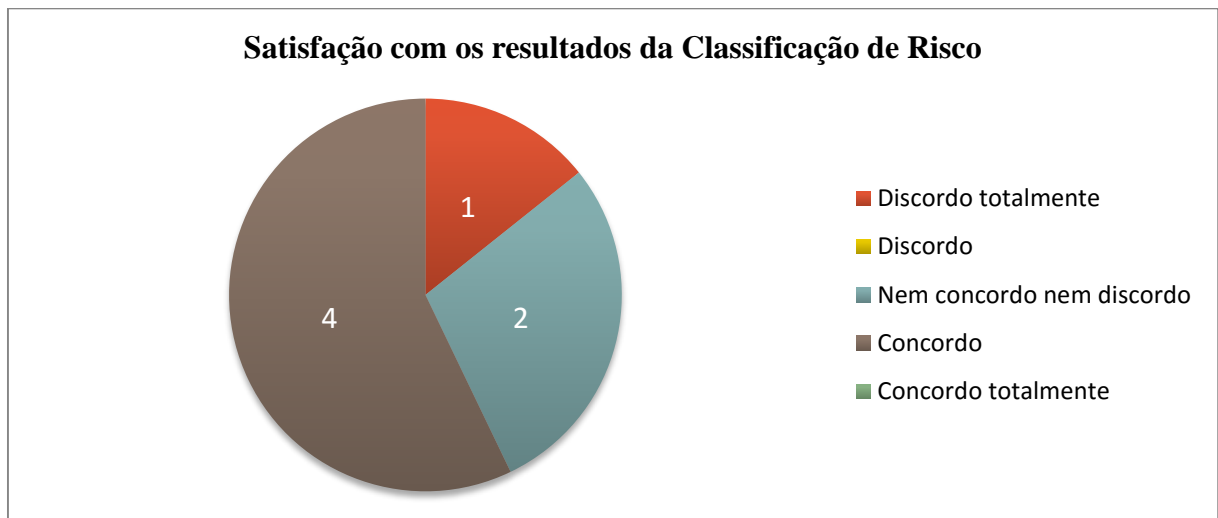


Gráfico 22 - Distribuição das respostas dos profissionais para o Item 21.

Assim, a catalogação dos resultados de cada item por profissional está descrita na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Catalogação das respostas dos profissionais entrevistados para cada item.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Item 1	2	2	3	2	4	2	4
Item 2	4	4	3	4	4	2	2
Item 3	3	4	2	4	3	4	2
Item 4	3	2	1	1	1	2	2
Item 5	4	4	1	2	4	4	3
Item 6	4	4	1	5	3	4	2
Item 7	2	2	4	4	1	2	2
Item 8	5	4	3	4	3	2	3

Item 9	4	2	4	1	1	2	2
Item 10	4	4	1	4	5	4	2
Item 11	5	4	5	4	5	4	3
Item 12	4	4	1	1	5	4	4
Item 13	5	5	3	4	5	5	5
Item 14	5	4	3	2	5	4	4
Item 15	5	4	4	4	5	4	3
Item 16	1	2	4	4	2	2	3
Item 17	5	4	5	2	4	4	4
Item 18	1	2	3	2	3	4	3
Item 19	1	1	1	1	1	1	1
Item 20	1	2	3	2	1	2	2
Item 21	4	4	3	1	3	4	4

Na fase de tratamento dos dados, as afirmações correspondentes à forma negativa (Itens: três; quatro; cinco; sete; nove; 16; 18; 19 e 20) foram invertidas (positivadas). Ou seja, na análise dos dados “concordo totalmente” (5) foi convertido em “discordo totalmente” (1), “concordo” (4) foi transformado em “discordo” (2) e vice-versa. O valor três da escala foi considerado como “indiferente” ou “sem opinião” (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012c).

A catalogação das respostas dos profissionais entrevistados para cada item, após inversão dos itens na forma negativa, e as pontuações para cada questionário dos profissionais são apresentados na **Tabela 3**.

Tabela 3 - Catalogação das respostas dos profissionais entrevistados para cada item após inversão dos itens negativados, pontuações por profissional, média de pontuação por item e média final de pontuação do instrumento.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Média
Item 1	2	2	3	2	4	2	4	2,71
Item 2	4	4	3	4	4	2	2	3,28
Item 3	3	2	4	2	3	2	4	2,85

Item 4	3	4	5	5	5	4	4	4,28
Item 5	2	2	5	4	2	2	3	2,85
Item 6	4	4	1	5	3	4	2	3,28
Item 7	4	4	2	2	5	4	4	3,57
Item 8	5	4	3	4	3	2	3	3,42
Item 9	2	4	2	5	5	4	4	3,71
Item 10	4	4	1	4	5	4	2	3,42
Item 11	5	4	5	4	5	4	3	4,28
Item 12	4	4	1	1	5	4	4	3,28
Item 13	5	5	3	4	5	5	5	4,57
Item 14	5	4	3	2	5	4	4	3,85
Item 15	5	4	4	4	5	4	3	4,14
Item 16	5	4	2	2	4	4	3	3,42
Item 17	5	4	5	2	4	4	4	4
Item 18	5	4	3	4	3	2	3	3,42
Item 19	5	5	5	5	5	5	5	5
Item 20	5	4	3	4	5	4	4	4,14
Item 21	4	4	3	1	3	4	4	3,28
Pontuação	86	80	66	70	88	74	74	76,85

Para avaliação por item, a média da pontuação atribuída pelos profissionais para cada item foi comparada aos valores da **Tabela 4**, gerando a avaliação final por item apresentada no **Quadro 11**.

Tabela 4 - Avaliação dos itens a partir da pontuação média.

Pontuação média	Percentual (scores)	Avaliação
4,5 a 5	90 a 100%	Ótimo
3,75 a 4,49	75 a 89,9%	Bom
2,5 a 3,74	50 a 74,9%	Regular
1 a 2,49	0 a 49,9%	Precário

Quadro 11 - Pontuação média por item e avaliação geral do questionário de profissionais.

	Item	Média	Avaliação
1	Conforto ao usuário e acompanhante	2,71	Regular
2	Ambiência acolhedora	3,28	Regular
3	Treinamento sobre ACCR à equipe	2,85	Regular
4	Privacidade nas consultas	4,28	Bom
5	Acolhimento ao acompanhante	2,85	Regular
6	Sinalização do ambiente	3,28	Regular
7	Comunicação entre a equipe	3,57	Bom
8	Atendimentos não emergenciais	3,42	Regular
9	Conhecimento das condutas no ACCR	3,71	Bom
10	Relacionamento entre liderança/liderados	3,42	Regular
11	Segurança transmitida ao usuário	4,28	Bom
12	Discussões sobre o fluxograma com a equipe	3,28	Bom
13	Atendimentos emergenciais	4,57	Ótimo
14	Comunicação com o usuário nas salas de espera	3,85	Bom
15	Capacitação ao atendimento	4,14	Bom
16	Humanização do atendimento	3,42	Regular
17	Integração entre a equipe de saúde	4	Bom
18	Reavaliação dos casos em espera	3,42	Regular
19	Classificação de risco	5	Ótimo
20	Encaminhamento de contrarreferência	4,14	Bom
21	Satisfação com os resultados do ACCR	3,28	Regular

Dessa forma, ao final, 10 itens foram classificados como “regular”, nove como “satisfatório” e dois como “ótimo”, conforme apresentado no **Gráfico 23**.

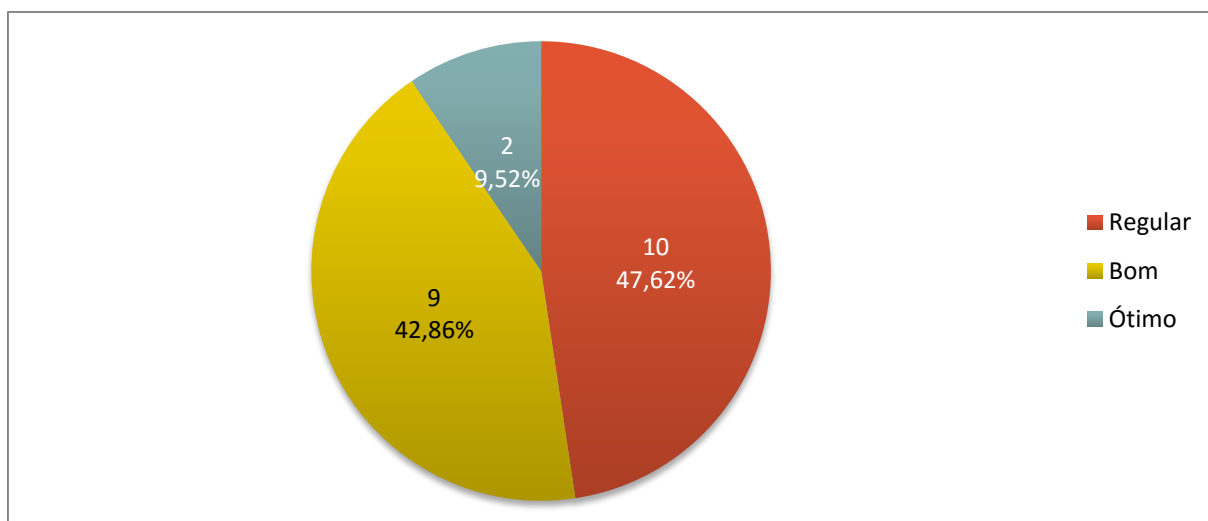


Gráfico 23 - Distribuição dos itens quanto à avaliação atribuída a partir das pontuações.

Além disso, os itens dos questionários são categorizados em Estrutura, Processo e Resultado, conforme dimensões donabedianas, divididos de acordo com a **Tabela 5**:

Tabela 5 - Itens correspondentes a cada dimensão de avaliação.

Dimensão	Estrutura	Processo	Resultados
Itens	1 a 7	8 a 14	15 a 21

Para contabilização dos resultados de cada dimensão separadamente, o valor mínimo da pontuação é de 7 e o máximo 35, com amplitude total de 28 pontos. A avaliação se dá conforme a **Tabela 6**.

Tabela 6 - Avaliação das dimensões a partir da pontuação.

Pontuação média	Intervalo de classe	Percentual (scores)	Avaliação da dimensão
31,5 a 35	3,5	90 a 100%	Ótimo
24,5a 31,4	6,9	75 a 89,9%	Bom
17,5 a 24,4	6,9	50 a 74,9%	Regular
7 a 17,4	10,4	0 a 49,9%	Precário

Como apresentado na **Tabela 7** e no **Gráfico 24**, para a dimensão Estrutura, 6 profissionais apresentaram pontuação entre os limites para a avaliação como “regular” e um a

classificou como “boa”. Dessa forma, a média de pontuação da dimensão foi de 22,5, avaliando a dimensão com o resultado “regular”.

Tabela 7 - Pontuações dos itens da dimensão Estrutura.

Dimensão	Item	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Média
Estrutura	Item 1	2	2	3	2	4	2	4	2,71
	Item 2	4	4	3	4	4	2	2	3,28
	Item 3	3	2	4	2	3	2	4	2,85
	Item 4	3	4	5	5	5	4	4	4,28
	Item 5	2	2	5	4	2	2	3	2,85
	Item 6	4	4	1	5	3	4	2	3,28
	Item 7	4	4	2	2	5	4	4	3,57
Pontuação		22	22	23	24	26	20	23	22,5

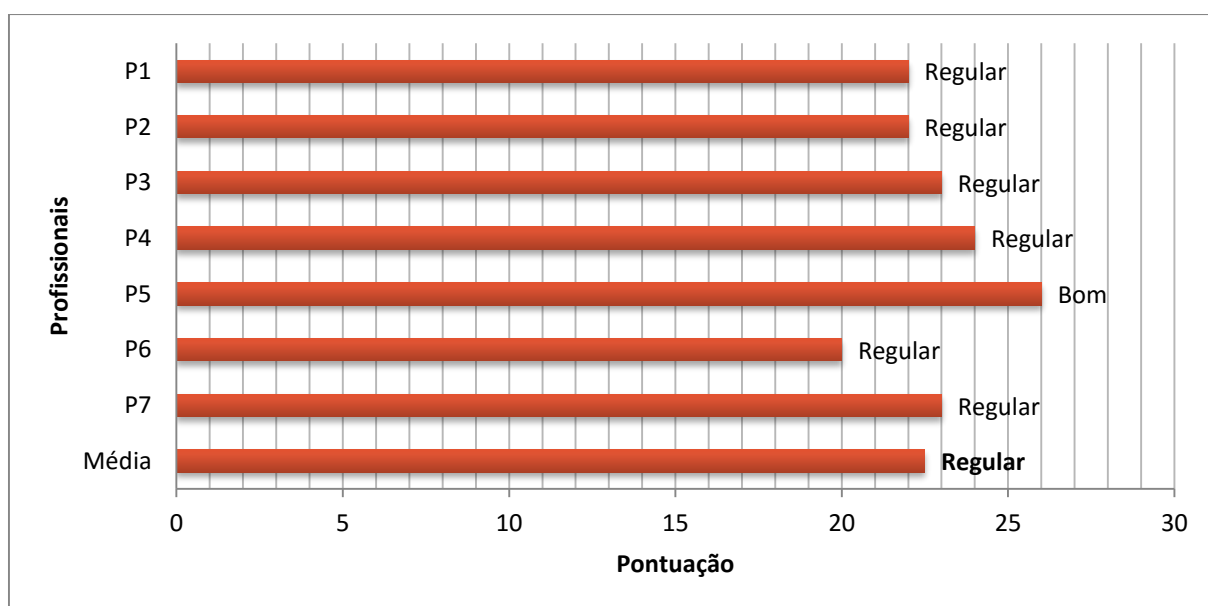


Gráfico 24 - Avaliação da dimensão Estrutura a partir das pontuações dos itens atribuídas por cada profissional.

A dimensão Processo foi avaliada conforme apresentado na **Tabela 8** e no **Gráfico 25**, sendo que dois profissionais a consideraram “regular”, quatro avaliaram como “bom” e um como “ótima”. Sendo assim, a pontuação média da dimensão foi 26,57, a classificando como “boa”.

Tabela 8 - Pontuações dos itens da dimensão Processo.

Dimensão	Item	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Média
Processo	Item 8	5	4	3	4	3	2	3	3,42
	Item 9	2	4	2	5	5	4	4	3,71
	Item 10	4	4	1	4	5	4	2	3,42
	Item 11	5	4	5	4	5	4	3	4,28
	Item 12	4	4	1	1	5	4	4	3,28
	Item 13	5	5	3	4	5	5	5	4,57
	Item 14	5	4	3	2	5	4	4	3,85
Pontuação		30	29	18	24	33	27	25	26,57

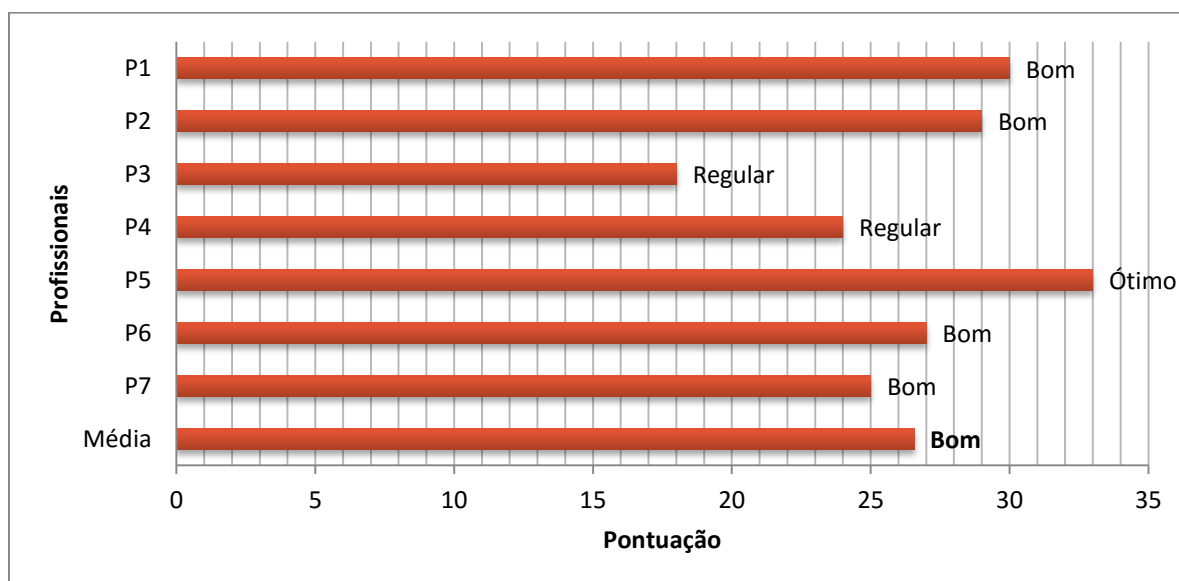


Gráfico 25 - Avaliação da dimensão Processo a partir das pontuações dos itens atribuídas por cada profissional.

A dimensão Resultados foi avaliada por cinco entrevistados como “boa”, por um como “ótima” e por outro como “regular”. Dessa forma, obteve pontuação 27,42, sendo assim classificada como “boa”, conforme pode ser observado na **Tabela 9** e no **Gráfico 26**.

Tabela 9 - Pontuações dos itens da dimensão Resultados.

Dimensão	Item	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Média
Resultado	Item 15	5	4	4	4	5	4	3	4,14
	Item 16	5	4	2	2	4	4	3	3,42
	Item 17	5	4	5	2	4	4	4	4
	Item 18	5	4	3	4	3	2	3	3,42
	Item 19	5	5	5	5	5	5	5	5
	Item 20	5	4	3	4	5	4	4	4,14
	Item 21	4	4	3	1	3	4	4	3,28
Pontuação		34	29	25	22	29	27	26	27,42

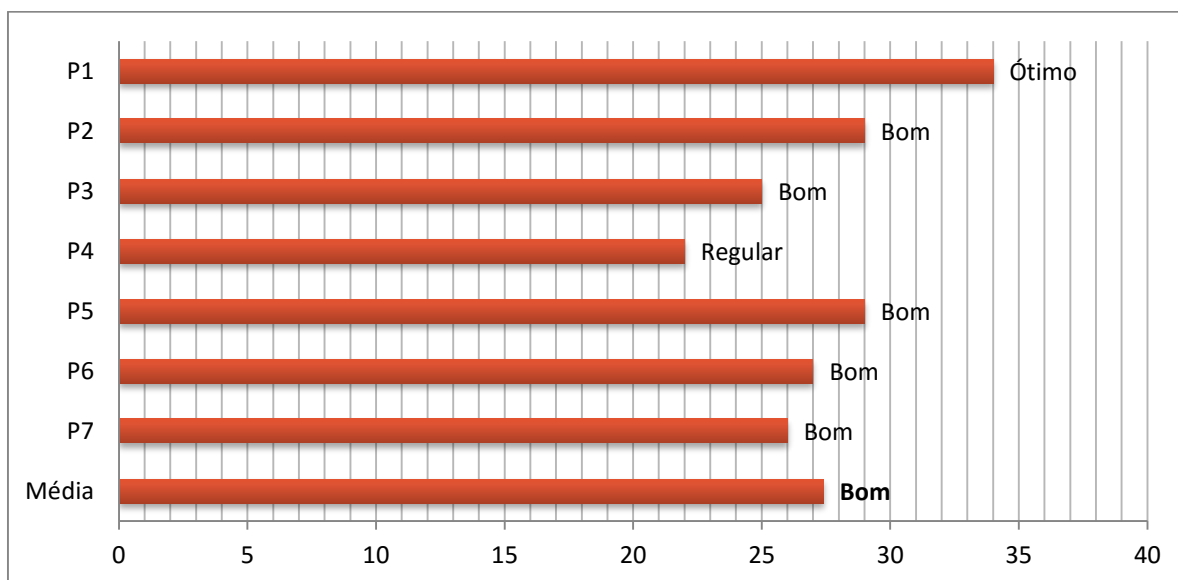


Gráfico 26 - Avaliação da dimensão Resultado a partir das pontuações dos itens atribuídas por cada profissional.

Para contabilização do resultado final da avaliação do serviço de Classificação de Risco, é calculada a pontuação do instrumento, a partir da soma dos pontos atribuídos a cada item. Considerando-se o total de itens de 21 e a conformação da escala tipo Likert entre 1 e 5, o valor mínimo de pontuação para o instrumento é 21 e o máximo 105, com amplitude total de 84 pontos. As pontuações são classificadas conforme **Tabela 10**:

Tabela 10 - Avaliação da Classificação de Risco pelos profissionais a partir da pontuação do instrumento.

Pontuação média	Intervalo de classe	Percentual (scores)	Avaliação
94,4 a 105	10,6	90 a 100%	Ótimo
73,5 a 94,3	20,8	70 a 89,9%	Bom
52,5 a 73,4	20,9	50 a 69,9%	Regular
21 a 52,4	31,4	0 a 49,9%	Precário

Dessa forma, a partir das respostas dos profissionais, verificou-se que dois deles consideram o serviço de classificação de risco da unidade “regular” e cinco o consideram “bom”. As pontuações e avaliações são apresentadas no **Gráfico 27**.

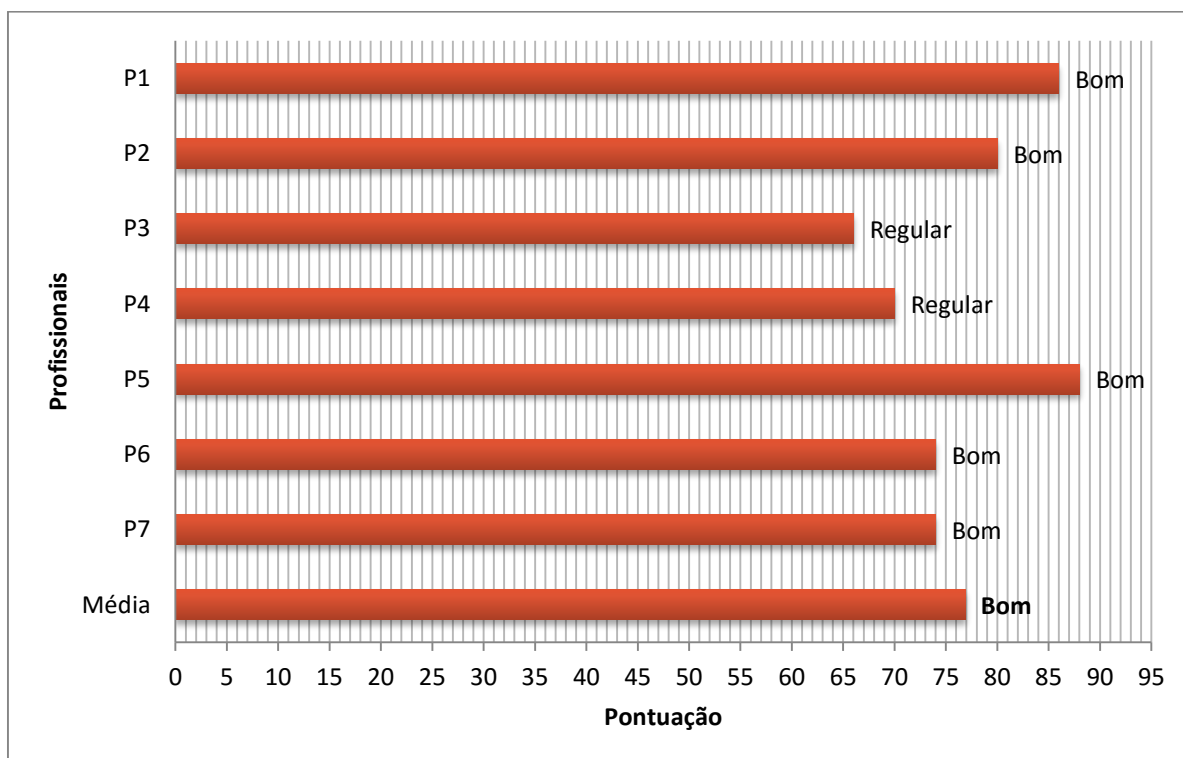


Gráfico 27 - Pontuações e avaliação da Classificação de Risco por profissional.

Sendo assim, considerando a média das pontuações (76,85), o serviço foi classificado de forma geral pelos profissionais como “bom”.

Cruzando-se os dados de tempo de atuação na unidade de emergência com as pontuações atribuídas pelos profissionais ao questionário de avaliação, não se percebe

associação significativa de melhora ou piora da avaliação, conforme Teste de Correlação de Spearman, apresentado na **Tabela 11**, e como ilustrado no **Gráfico 28**.

Tabela 11 - Correlação de Spearman entre a pontuação final de avaliação dos profissionais e o tempo de profissão, atuação na instituição e na unidade de emergência.

Tempo de atuação	Correlação	p-valor
Instituição	0.173	0.711
Profissão	0.306	0.504
Unidade de Emergência	-0.198	0.670

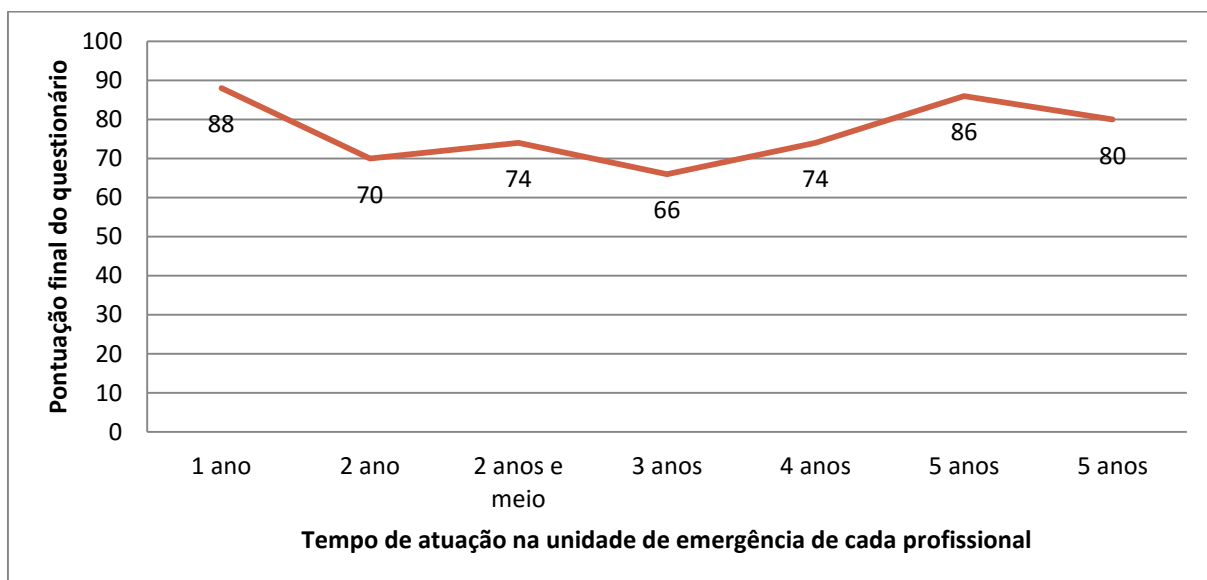


Gráfico 28 - Pontuação final atribuída por cada profissional ao questionário de avaliação em função do tempo de atuação na unidade de emergência.

Também foi observado, por meio do Teste de Correlação de Spearman, que não há diferença de avaliação do serviço entre os profissionais que possuem um vínculo empregatício e os que possuem dois, como apresentado na **Tabela 12**.

Tabela 12 - Correlação de Spearman entre a pontuação final de avaliação dos profissionais e a quantidade de vínculos empregatícios.

	Correlação	p-valor
Vínculos empregatícios	0.364	0.422

Aplicando-se o Teste de Correlação de Spearman também para vínculos empregatícios e as variáveis de tempo de experiência/atuação, pode-se concluir que não existe correlação significativa entre eles, conforme **Tabela 13**.

Tabela 13 - Correlação de Spearman entre vínculo empregatício e as variáveis de tempo de atuação.

Tempo de atuação	Correlação	p-valor
Profissão	-0.144	0.758
Instituição	-0.291	0.526
Unidade de Emergência	-0.577	0.175
Classificação de Risco	-0.218	0.638

A partir da aplicação do Teste Mann-Whitney, observa-se que também não há diferença para a quantidade de vínculos empregatícios pelo sexo dos profissionais (**Tabela 14**).

Tabela 14 - Teste Mann-Whitney para vínculo empregatício e sexo dos profissionais.

	Teste Mann-Whitney	p-valor
Vínculos Empregatícios	2.000	0.264

5.2 EIXO 2 – USUÁRIOS: CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS E AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

Para esta análise, foram abordados 180 pacientes, que responderam a um questionário (**Apêndice C**) dividido em duas partes: “caracterização” e “avaliação”, e tiveram suas informações de prontuários analisadas quanto às informações sobre o atendimento (**Apêndice D**). Desta forma, a descrição dos resultados está organizada nas seções Caracterização, Dados do Atendimento e Avaliação, como apresentados a seguir.

5.2.1 Caracterização

Para se traçar o perfil dos usuários entrevistados, eles foram questionados em relação ao sexo, data de nascimento, idade, escolaridade, ocupação e procedência. Os dados relativos

a data de nascimento, escolaridade e profissão foram colhidos pessoalmente por meio do questionário; os de sexo e procedência foram obtidos por meio do sistema de informação da instituição. Alguns dados de frequência foram omitidos por sua ausência no sistema ou pelo não fornecimento pelos entrevistados, dessa forma, em alguns casos, o total de participantes poderá ser menor que 180. Para que esses resultados sejam apresentados de forma clara, para cada variável analisada é citado o número de pacientes que compuseram a respectiva amostra.

Quanto ao sexo, foram encontradas 84 pacientes do sexo feminino e 96 do sexo masculino, conforme a distribuição apresentada no **Gráfico 29**.

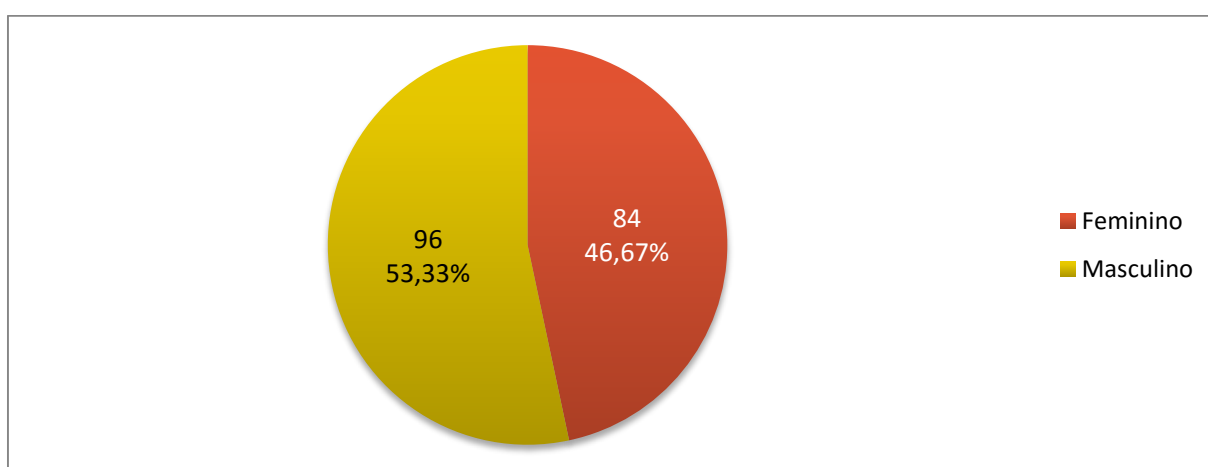


Gráfico 29 - Distribuição dos usuários por sexo.

No que se refere à idade, as frequências absoluta e relativa podem ser observadas no **Gráfico 30**, sendo que o total da amostra para esta variável é de 177 pacientes. A faixa etária com maior frequência em atendimento foi entre 30 e 59 anos, seguida pela faixa de 18 a 30 anos, sendo a menos frequente a de 10 a 18 anos. A média foi de 40 anos e mediana de 38, conforme detalhamento na **Tabela 15**.

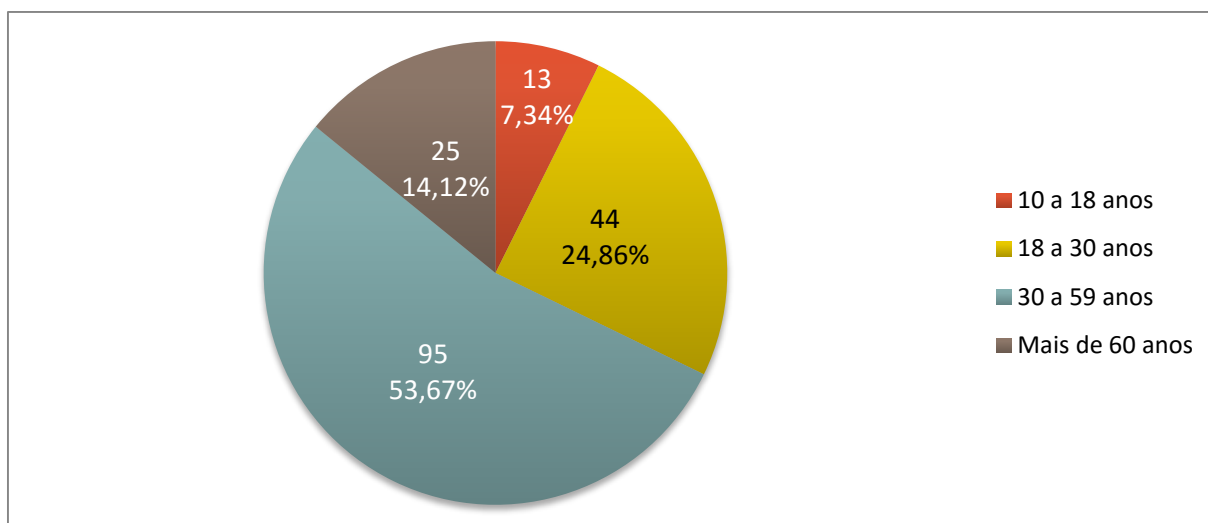


Gráfico 30 - Frequência de usuários quanto à faixa etária.

Tabela 15 - Medidas e valores para idade dos usuários.

Medida	Resultado para idade
Média	40.0
Desvio padrão	16.2
Mínimo	15.0
1º quartil	26.0
Mediana	38.0
3º quartil	51.0
Máximo	87.0
Intervalo de confiança inferior	37.6
Intervalo de confiança superior	42.3

Em relação à escolaridade, observa-se que a maior parte dos entrevistados, de um total de 179, possui ensino médio completo, seguido por ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo e ensino superior incompleto. Os graus de escolaridade menos frequentes foram pós-graduação, seguido por analfabetismo e educação infantil, como apresentado no **Gráfico 31**.

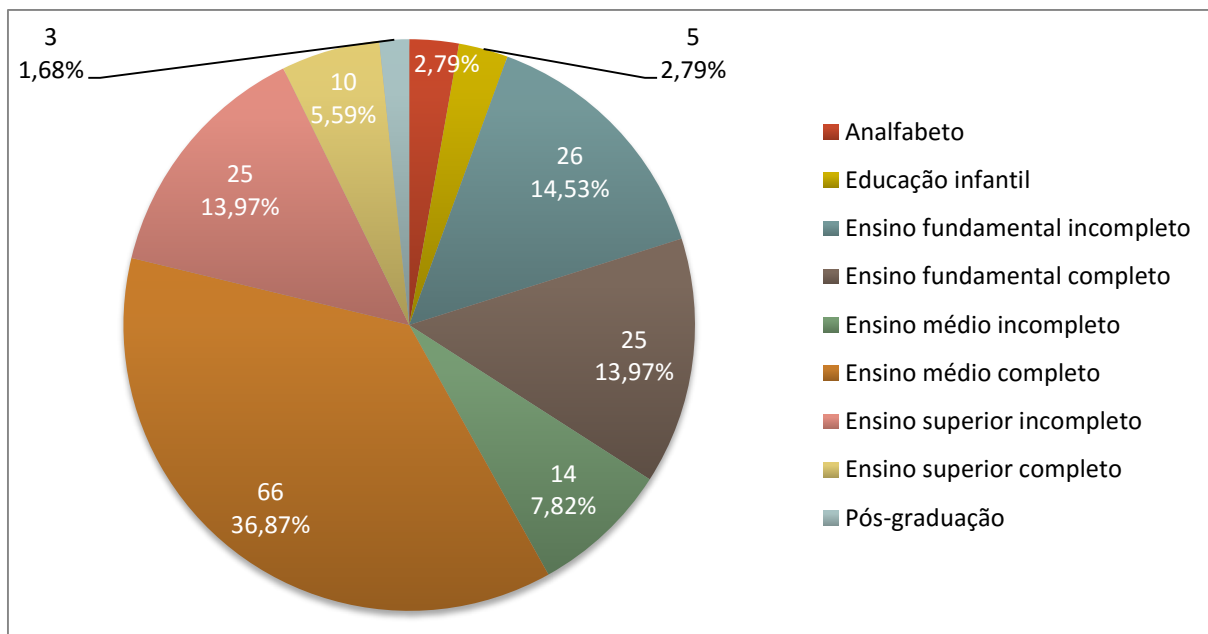


Gráfico 31 - Frequência de usuários quanto à escolaridade.

Quanto à ocupação, foram listadas na **Tabela 16** as profissões referidas pelo menos duas vezes. Observa-se que a ocupação mais citada é estudante, seguida por auxiliar de serviços gerais, aposentado e dona de casa.

Outras ocupações citadas, com um representante de cada, foram: advogado, agente de bagagem e rampa, agente de portaria, agricultor, armador, assistente financeiro, auxiliar de produção, auxiliar de radiologia, auxiliar de servente, babá, cabeleireira, churrasqueiro, cobradora, conciliador, confeitiro, corretor de imóveis, cuidadora de idosos, diarista, encarregado de frios, enfermeira, estagiária, fiscal de trânsito, florista, garçom, geógrafo, gestora ambiental, gráfico, instalador, instalador de cortinas, ladrileiro, lanterneiro, lavrador, manutenção, manutenção em engenharia de imóveis, mestre de obras, operadora de caixa, padeiro, repositor, representante comercial, segurança, supervisora educacional, técnica de enfermagem, técnica em informática, técnico administrativo, técnico de telecomunicações e web designer.

Tabela 16 - Frequência de usuários quanto a ocupação.

Ocupação	Frequência absoluta	Frequência relativa
Estudante	22	12,22%
Auxiliar de serviços gerais	13	7,22%
Aposentado	11	6,11%

Dona de casa	10	5,56%
Auxiliar de construção	7	3,89%
Secretária	6	3,33%
Motorista	5	2,78%
Atendente de telemarketing	4	2,22%
Autônomo	4	2,22%
Funcionário público	4	2,22%
Vendedor	4	2,22%
Cozinheiro	3	1,67%
Desempregado	3	1,67%
Empregada doméstica	3	1,67%
Músico	3	1,67%
Porteiro	3	1,67%
Professora	3	1,67%
Recepcionista	3	1,67%
Vigilante	3	1,67%
Comerciante	2	1,11%
Copeira	2	1,11%
Costureira	2	1,11%
Eletricista	2	1,11%
Frentista	2	1,11%
Manicure	2	1,11%
Marceneiro	2	1,11%
Mecânico	2	1,11%
Motoboy	2	1,11%
Pintor	2	1,11%
Outras	46	25,56%
Total	179	100%

No que se refere à procedência, percebe-se que a maior parte dos pacientes atendidos no hospital reside no Guará, seguido pelo Recanto das Emas, Ceilândia e Planaltina.

Constam na **Tabela 17** as regiões das quais vieram pelo menos dois dos usuários entrevistados. Outras regiões, citadas por apenas um usuário cada, foram Brazlândia, Cidade Ocidental – GO, Cruzeiro, Formosa – GO, Lago Norte, Vicente Pires, Vila Planalto e Vila Telebrasília.

Tabela 17 - Frequência de usuários quanto à procedência.

Procedência	Frequência absoluta	Frequência relativa
Guará	21	12,0%
Recanto das Emas	15	8,6%
Ceilândia	14	8,0%
Planaltina	14	8,0%
Samambaia	13	7,4%
Riacho Fundo	12	6,9%
Santa Maria	12	6,9%
Taguatinga	12	6,9%
Gama	9	5,1%
Asa Norte	8	4,6%
Asa Sul	6	3,4%
Núcleo Bandeirante	6	3,4%
Sobradinho	5	2,9%
São Sebastião	4	2,3%
Paranoá	3	1,7%
Valparaíso - GO	3	1,7%
Granja do Torto	2	1,1%
Lago Sul	2	1,1%
Luziânia	2	1,1%
Novo Gama - GO	2	1,1%
Santo Antônio do Descoberto - GO	2	1,1%
Outras	8	4,6%
Total	175	100%

5.2.2 Dados do atendimento

Os dados relativos ao atendimento dos usuários foram coletados considerando os seguintes aspectos: dia da semana, turno, motivo de direcionamento à unidade, meio de chegada, cor da classificação, especialidade de atendimento, queixa principal, diagnóstico atribuído, tempo de permanência e desfecho. Destes, apenas a variável “motivo de direcionamento” foi coletada por meio do questionário, as demais foram obtidas pelo sistema de informação.

Em relação ao fluxo semanal de usuários na unidade foi observado que o dia da semana com maior quantidade de atendimentos é segunda-feira, seguida por quinta-feira e quarta-feira, como consta no **Gráfico 32**. O total da amostra para esta variável foi de 180 usuários.

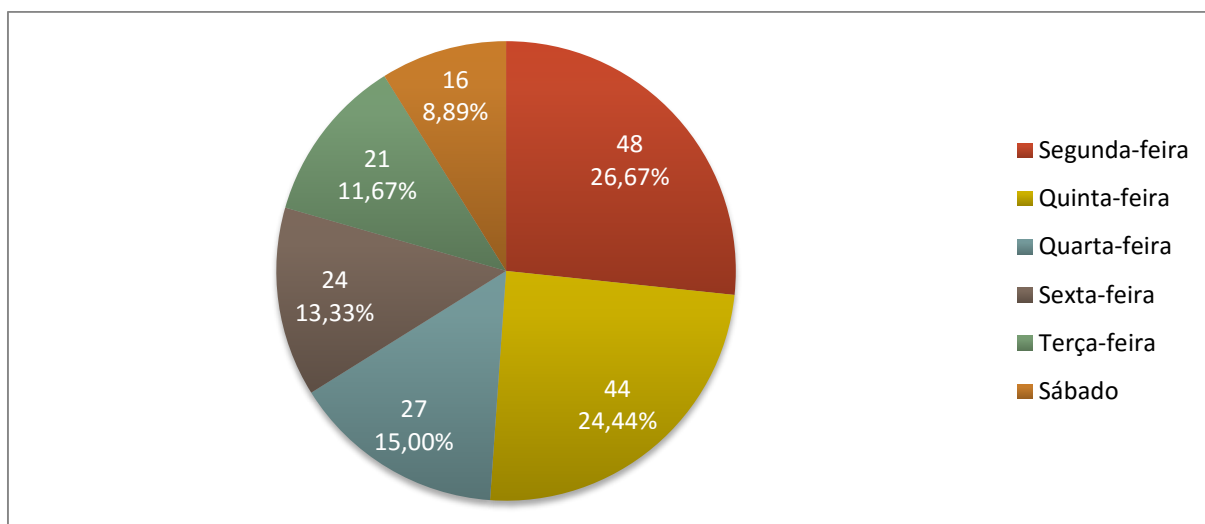


Gráfico 32 - Frequência de usuários quanto ao dia da semana.

Quanto aos turnos de atendimento, eles foram divididos em quatro: manhã (6h a 11h59), tarde (12h a 17h59), noite (18h a 23h59) e madrugada (0h a 5h59). Estes dados foram obtidos de 138 pacientes por meio do sistema e não dos questionários para que fosse observada a hora de entrada no serviço, e não a da classificação, que poderia sofrer atraso. Pôde-se perceber que o turno com maior fluxo foi o da manhã, seguido pelo da tarde e noite. O turno da madrugada foi o com menor frequência de entrada no serviço, como apresentado no **Gráfico 33**.

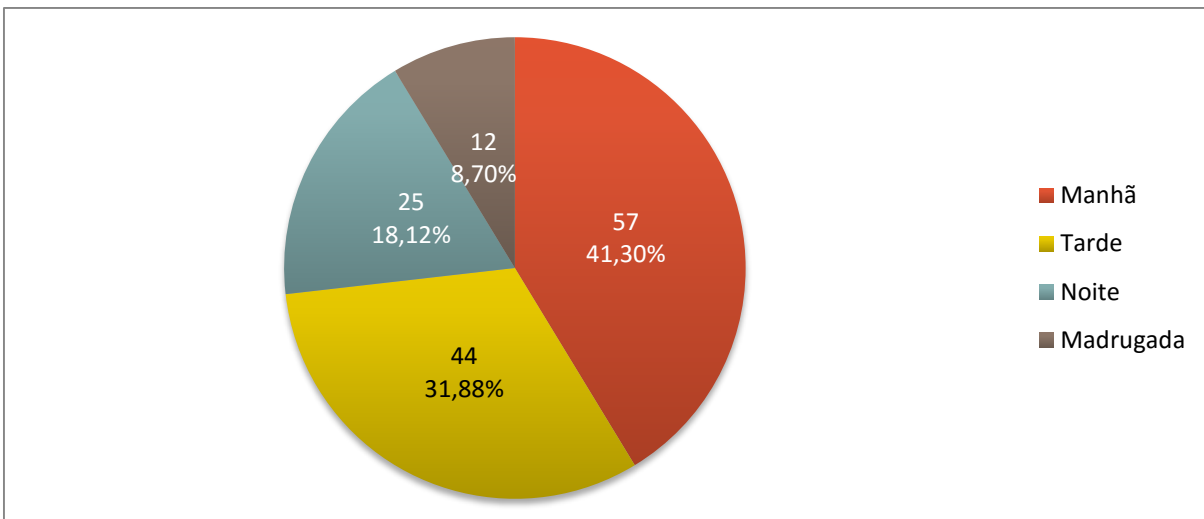


Gráfico 33 - Frequência dos usuários quanto ao turno de atendimento.

Em relação ao meio de chegada (carro particular ou ambulância), havia poucos registros no sistema, dessa forma, foram encontradas informações a respeito de apenas 6 usuários, dos quais cinco se dirigiram ao serviço por “carro particular” e um chegou em “ambulância”.

Os usuários também foram questionados em relação ao motivo de direcionamento à unidade: se procuraram atendimento no serviço por demanda espontânea, se foram encaminhados ou não foram acolhidos em uma Unidade Básica de Saúde ou regional de referência para sua residência. Os resultados do total de 180 pacientes são apresentados no **Gráfico 34**.

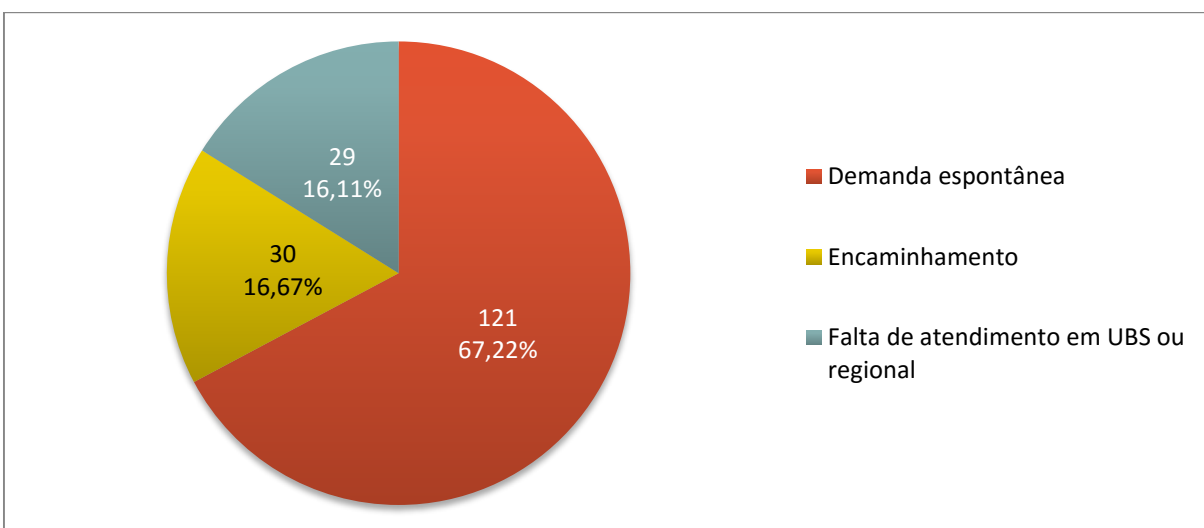


Gráfico 34 - Frequência de usuários quanto ao motivo de direcionamento.

Por meio da aplicação do teste de Qui-quadrado para motivo de direcionamento à unidade e as variáveis especialidade de atendimento e desfecho, pode-se concluir que as associações são significativas, como apresentado na **Tabela 18**; e cruzamentos apresentados nas **Tabelas 19 e 20**.

Tabela 18 - Teste Qui-quadrado para motivo de direcionamento e as variáveis especialidade de atendimento e desfecho.

Variáveis	χ^2	g.l.	p-valor
Especialidade	53.60749	16	0.00001
Desfecho	23.01443	6	0.00079

Tabela 19 - Cruzamento em frequências relativas entre motivos de direcionamento e especialidade.

	Demanda espontânea	Encaminhamento	Falta de atendimento em UBS ou regional	Total
Cirurgia vascular	18%	73%	9%	100%
Clínica médica	83%	0%	17%	100%
Neurocirurgia	50%	50%	0%	100%
Neurologia	33%	67%	0%	100%
Oftalmologia	64%	29%	7%	100%
Ortopedia	81%	4%	16%	100%
Otorrino	65%	14%	21%	100%
Urologia	33%	33%	33%	100%
Total	67%	17%	16%	100%

Tabela 20 - Cruzamento em frequências relativas entre motivo de direcionamento e desfecho.

	Alta	Encaminhamento	Internação atual	Internação com alta	Total
Demanda espontânea	73%	48%	100%	33%	66%
Encaminhamento	11%	28%	0%	67%	18%

Falta de atendimento em outra unidade	16%	24%	0%	0%	16%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Quanto à cor de classificação atribuída aos usuários – vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e branca – observou-se que a verde é a mais frequente entre os 150 usuários incluídos, seguida pela amarela; sendo a cor vermelha a menos comum nos entrevistados, como consta no **Gráfico 35**.

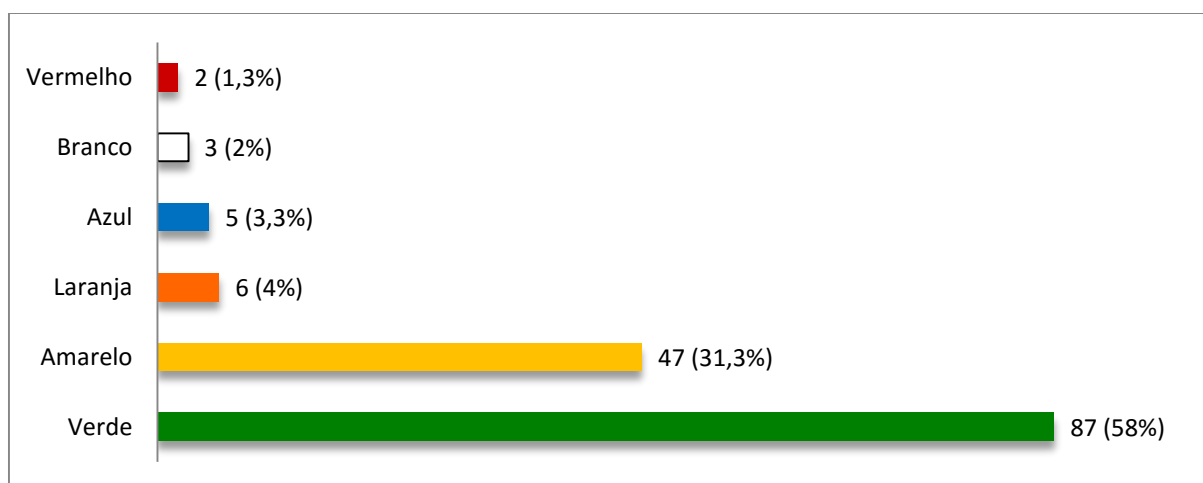


Gráfico 35 - Frequência de usuários quanto à cor de classificação.

Foi possível observar, por meio de teste Qui-quadrado, que há associação significativa entre sexo e cor de classificação, como observado na **Tabela 21**. Pelos cruzamentos entre os dois aspectos, presentes na **Tabela 22** pelas colunas, nota-se que em ambos os sexos, as cores mais frequentes são verde, sendo a cor laranja mais frequente em mulheres e a cor vermelha unicamente presente no sexo feminino. Na análise das linhas (**Tabela 23**), percebe-se que a maioria dos pacientes classificados em azul são mulheres; a cor verde tem maior frequência de pacientes do sexo masculino assim como a amarela; na cor laranja são mais presentes as mulheres, bem como na cor vermelha; enquanto na branca constam apenas homens.

Tabela 21 - Teste Qui-quadrado para sexo e cor da classificação.

	χ^2	g.l.	p-valor
Cor da classificação	11.55743	5	0.04138

Tabela 22 - Cruzamentos entre frequências relativas de cor da classificação e sexo (colunas).

Cor da classificação	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Amarelo	28%	34%	31%
Azul	6%	1%	3%
Branco	0%	4%	2%
Laranja	7%	1%	4%
Verde	55%	60%	58%
Vermelho	3%	0%	1%
Total	100%	100%	100%

Tabela 23 - Cruzamentos entre frequências relativas de cor da classificação e sexo (linhas).

Cor da classificação	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Amarelo	40%	60%	100%
Azul	80%	20%	100%
Branco	0%	100%	100%
Laranja	83%	17%	100%
Verde	43%	57%	100%
Vermelho	100%	0%	100%
Total	45%	55%	100%

Através do teste Qui-quadrado, também foi observada associação entre a cor de classificação e o dia de atendimento na semana, como observado na **Tabela 24**. Os cruzamentos são apresentados na **Tabela 25**.

Tabela 24 - Teste Qui-quadrado para dia da semana e cor da classificação.

	χ^2	g.l.	p-valor
Cor de classificação	40.95150	25	0.02323

Tabela 25 - Cruzamentos de frequências relativas entre dia da semana e cor da classificação.

Cor da classificação	Dia da semana						Total
	Quarta- feira	Quinta- feira	Sábado	Segunda- feira	Sexta- feira	Terça- feira	
Amarelo	32%	17%	13%	13%	15%	11%	100%
Azul	0%	20%	20%	60%	0%	0%	100%
Branco	67%	0%	0%	33%	0%	0%	100%
Laranja	0%	50%	33%	17%	0%	0%	100%
Verde	10%	37%	7%	18%	20%	8%	100%
Vermelho	0%	0%	50%	50%	0%	0%	100%
Total	17%	29%	11%	19%	16%	8%	100%

Associação significativa também foi observada em relação à cor da classificação e o turno de atendimento, por meio de teste Qui-quadrado, como se pode observar na **Tabela 26**, e os cruzamentos na **Tabela 27**.

Tabela 26 - Teste Qui-quadrado para turno de atendimento e cor da classificação.

	χ^2	g.l.	p-valor
Cor da classificação	26.01023	15	0.03792

Tabela 27 - Cruzamentos de frequências relativas entre turno de atendimento e cor da classificação.

Cor da classificação	Turno				Total
	Madrugada	Manhã	Tarde	Noite	
Amarelo	73%	23%	20%	52%	31%
Azul	0%	5%	5%	0%	4%
Branco	0%	2%	5%	0%	2%
Laranja	0%	4%	7%	4%	4%
Verde	27%	67%	64%	40%	58%
Vermelho	0%	0%	0%	4%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Em relação à especialidade de atendimento, nota-se que a mais procurada pelos 148 pacientes incluídos foi ortopedia, seguida por otorrinolaringologia. As especialidades menos frequentes foram neurologia e neurocirurgia, conforme **Gráfico 36**.

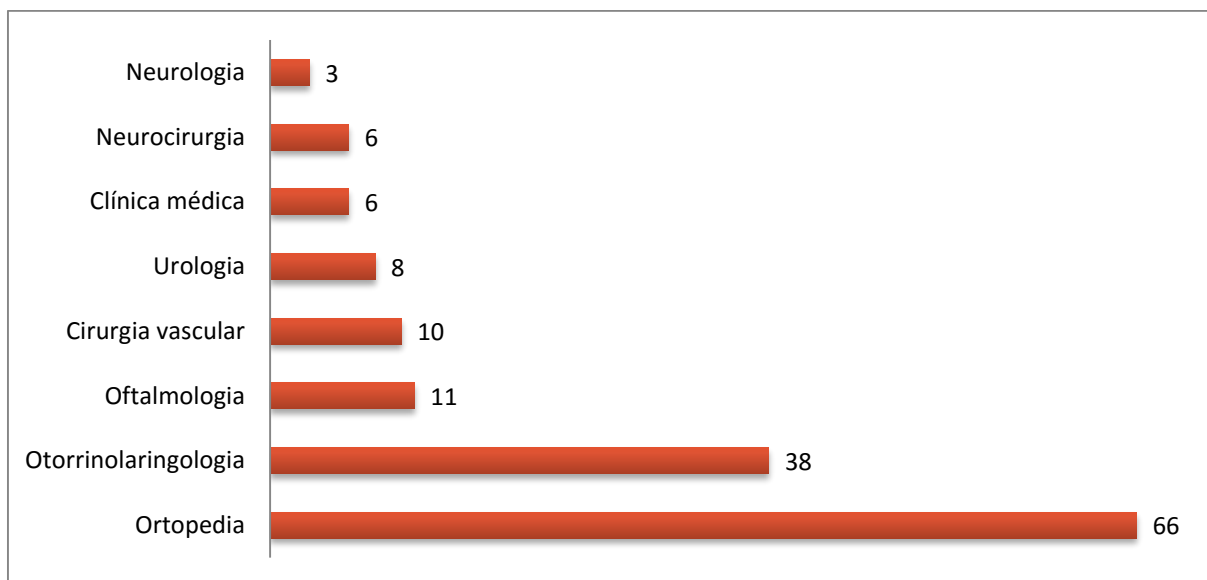


Gráfico 36 - Frequência de usuários quanto à especialidade para atendimento.

Ao se comparar a especialidade de atendimento e a cor de classificação, nota-se que existe associação entre elas, por meio do teste Qui-quadrado, apresentado na **Tabela 28**. A partir da análise dos cruzamentos entre as duas variáveis, foi possível depreender que para todas as cores de classificação, com exceção da branca e vermelha, a especialidade mais associada foi ortopedia, seguida por otorrinolaringologia. Na cor branca as especialidades mais frequentes foram cirurgia vascular e neurologia, associadas a consultas de retorno; e na cor vermelha, oftalmologia. Deve-se lembrar que na Amostra 2 constam apenas pacientes entrevistados, não sendo incluídos pacientes que chegam pela ala de Politraumatizados.

Tabela 28 - Teste Qui-quadrado para cor de classificação e especialidade.

	χ^2	g.l.	p-valor
Especialidade	64.71232	40	0.00797

Foram listadas também as queixas apresentadas pelos 166 usuários incluídos no momento da consulta médica, sendo as mais frequentes: trauma em membro, dor em membro e otalgia, conforme pode ser observado na **Tabela 29**. Outras queixas, que foram citadas

apenas uma vez cada, foram (conforme informadas ou registradas no prontuário): acidente de trânsito, anemia falciforme, tontura e desconforto epigástrico, câncer de bexiga (exames/controle), câncer de mama (exames/controle), dor e edema, cefaleia, hidrocefalia (exames/controle), odinofagia e astenia, celulite em joelho tratada dolorosa, cervicalgia, chagas (exames/controle), dispneia, tosse e rinorreia, claudicação, cólica ureteral, disúria, dor e edema em membro, dor em hipogástrico, jato urinário fino, hematúria, dor ocular traumática, esclerose múltipla (exames/controle), mioquimia, glaucoma, encaminhamento, hemorragia subconjuntival, hidrocele, hipoacusia e tinitus, lesão hansênica (exames/controle), lesão peniana, lombalgia, vômito, oligúria, PAF, parestesias e formigamentos em hemiface, plenitude auricular, retenção urinária, retorno por dúvidas sobre tratamento ortopédico, sangue em escarro, tosse produtiva, febre, varizes e um paciente que não respondeu ao chamado.

Tabela 29 - Frequência de usuários quanto à queixa principal relatada durante consulta médica.

Queixa principal	Frequência	%
Otalgia e/ou hipoacusia e/ou otorreia	30	18,07%
Trauma em membro	24	14,46%
Dor em membro	13	7,83%
Lombalgia	12	7,23%
Dor articular	11	6,63%
Entorse de punho, joelho ou tornozelo	10	6,02%
Hiperemia e/ou prurido ocular	9	5,42%
Corpo estranho em orofaringe, cavidade nasal ou conducto auditivo	6	3,61%
Múltiplos traumatismos	6	3,61%
TCE	5	3,01%
Cefaleia	4	2,40%
Queda	3	1,81%
Dor em quadril	2	1,20%
Outras	31	18,69%
Total	166	100%

Foi possível observar, por meio do teste Qui-quadrado de idade com a variável queixa, que há associação significativa entre as duas variáveis, como consta na **Tabela 30**. Analisando-se o cruzamento em frequências relativas entre elas, notou-se que: na faixa entre 10 e 18 anos as queixas mais comuns são dor em membro, entorse de punho/joelho/tornozelo, lombalgia, problemas de ouvido e traumatismos; na faixa entre 18 a 30 anos, são mais comuns problemas oculares, problemas de ouvido e traumatismos; entre os 30 e 59 anos são recorrentes as queixas de dor articular, dor em membro, problemas de ouvido e queda; enquanto os pacientes com mais de 60 anos se queixam mais de dor em membros, problemas de ouvido, lombalgia, problemas oculares e dores articulares. Deve-se lembrar que a recorrência de “dor de ouvido” nas faixas etárias também se refere à alta demanda na especialidade de otorrinolaringologia na unidade.

Tabela 30 - Teste Qui-quadrado de idade com a variável queixa.

	χ^2	g.l.	p-valor
Queixa	221.28853	177	0.01332

No que se refere aos diagnósticos, foram encontrados registros de 138 pacientes, grande parte dos usuários não foram diagnosticados em função de falta de dados clínicos e complementares ou ausência de doença. Os diagnósticos mais frequentes foram otites em geral, lombalgia e cerume, como pode ser observado na **Tabela 31**.

Outros diagnósticos, relativos a apenas um paciente cada, foram: abscesso em cavidade auricular, abscesso no conducto auditivo, aplasia medular, plaquetopenia, artrose, asma, câncer de bexiga, ceratoconjuntivite química, cólica renal, contusão da garganta, contusão em cotovelos e pé, contusão em joelho, contusão em pernas, contusão punho, contusão tornozelo, corpo estranho em esôfago, corpo estranho em orofaringe, dor muscular ombro, entorse, epicondilite em cotovelo, espondilolistese, fasciíte plantar, fragmentos de projétil em braço, fratura braço, fratura de complexo zigomático, fratura de falange, fratura em hálux, fratura no pé, hematoma subdural, hemorragia vítrea, hiperplasia de próstata, lesão hansênica, luxação em pé e joelho, cefaleia cervicogênica, osteomielite, pneumonia, tendinite ombro, tendinopatia, torcicolo, traumatismo superficial de pé, uveíte, varicoflebite em perna e um paciente que não atendeu ao chamado.

Na relação entre as queixas e os diagnósticos, alguns pacientes apresentavam apenas uma ou nenhuma das informações, havendo assim, algumas disparidades proporcionais entre os dados das duas variáveis.

Tabela 31 - Frequência de usuários quanto a diagnóstico.

Diagnóstico	Frequência	%
Exames sem alterações/diagnóstico indefinido	37	7,97%
Otitis em geral	11	5,07%
Lombalgia	7	4,35%
Cerume	6	2,17%
Distúrbio têmporo-mandibular	3	2,17%
Entorse tornozelo	3	2,17%
Fratura em mão	3	2,17%
Tendinite em punho	3	2,17%
Conjuntivites em geral	3	1,45%
Abcesso em conducto auditivo	2	1,45%
Amigdalite aguda	2	1,45%
Doença arterial obstrutiva periférica	2	1,45%
Fratura em dedo	2	1,45%
Hemorragia subconjuntival	2	1,45%
Infecção urinária	2	1,45%
Insuficiência venosa crônica	2	1,45%
Litíase ureteral	2	1,45%
Torção de joelho	2	1,45%
Laceração de conducto auditivo	2	1,45%
Trombose venosa profunda	2	1,45%
Outros	40	25,36%
Total	138	100%

No tocante ao tempo de permanência dos usuários na unidade, a média foi de 489,4 minutos, sendo o mínimo de 12 minutos e o máximo de 14485 minutos, conforme detalhamento da **Tabela 32**, categorização por desfecho dos usuários na **Tabela 33** e por cor de classificação na **Tabela 34**.

Tabela 32 - Medidas e valores para tempo de permanência dos usuários.

Medida	Tempo de permanência (em minutos)
Média	489.4
Desv. Padrão	1546.8
Min	12.0
1 quart	78.5
Mediana	149.0
3 quart	306.5
Máx	14485.0
I.C. inf	263.4
I.C. sup	715.4

Tabela 33 - Categorização do tempo de permanência por desfecho do usuário.

Desfecho	Tempo de permanência (em minutos)			
	Média	Desvio padrão	Máximo	Mínimo
Alta	191,4158	209,3537	1632	12
Encaminhamento	264,069	263,8609	1062	20
Internação com alta	4559,889	4531,774	14485	1310

Tabela 34 - Categorização do tempo de permanência por cor de classificação.

Cor da classificação	Tempo de permanência (em minutos)			
	Média	Desvio padrão	Máximo	Mínimo
Vermelho	18	#n/d	18	18
Laranja	152,3333	92,45251	264	64
Amarelo	708,1818	2300,441	14485	22
Verde	289,481	511,6164	3821	12
Azul	166,6	76,245	281	67
Branco	3952,667	4442,151	8911	336

Também foram analisados os desfechos de 140 pacientes após o atendimento no serviço, ou seja, se receberam alta, foram encaminhados ou tiveram óbito, por exemplo. O desfecho mais comum foi a alta, seguido por encaminhamento, conforme **Gráfico 36**.

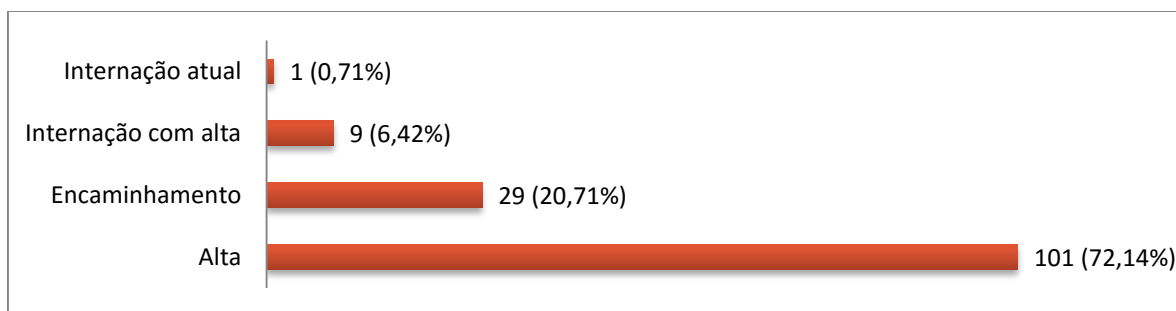


Gráfico 37 - Frequência de usuários quanto ao desfecho.

A partir da utilização do teste Qui-quadrado, é possível concluir que existe associação entre a cor de classificação de risco e desfecho, como consta na **Tabela 35**, com cruzamentos das variáveis apresentados na **Tabela 36**.

Tabela 35 - Teste Qui-quadrado para cor de classificação e desfecho.

	χ^2	g.l.	p-valor
Desfecho	27.30318	15	0.02636

Tabela 36 - Cruzamentos de frequências relativas entre cor da classificação e desfecho.

Cor da classificação	Desfecho					Total
	Alta	Encaminhamento	Internação atual	Internação com alta	Internação com óbito	
Amarelo	73%	14%	3%	9%	0%	100%
Azul	67%	0%	0%	33%	0%	100%
Laranja	55%	27%	5%	14%	0%	100%
Verde	90%	10%	0%	0%	0%	100%
Vermelho	79%	5%	5%	5%	5%	100%
Total	78%	13%	2%	7%	1%	100%

5.2.3 Avaliação

A seção de avaliação dos usuários é composta pelos resultados da aplicação de questionário dividido em duas partes. A primeira é relativa à comparação do atendimento em emergência antes e depois da implementação da classificação de risco, com itens de “sim” ou

“não”. A segunda se refere às respostas a 8 itens com estrutura em escala Likert, que consistem em perguntas sobre funcionamento do serviço, conforme dimensões donabedianas de estrutura, processo e resultado.

Dessa forma, na primeira parte do questionário, os entrevistados foram questionados sobre os itens apresentados no **Quadro 12**.

Quadro 12 - Síntese do conteúdo avaliado nos itens da primeira parte do questionário.

Item	Síntese do conteúdo
Item A	Uso ou não de serviço de emergência antes da implementação da CR
Item B	(Se item A for respondido como “sim”) Percepção ou não de melhora

Para o item A, os entrevistados responderam a seguinte pergunta: “o(a) senhor(a) já foi atendido em algum serviço de emergência antes da implantação do acolhimento com classificação de risco?”. Para esse questionamento, a maior parte dos usuários respondeu “sim”, conforme apresentado no **Gráfico 38**.

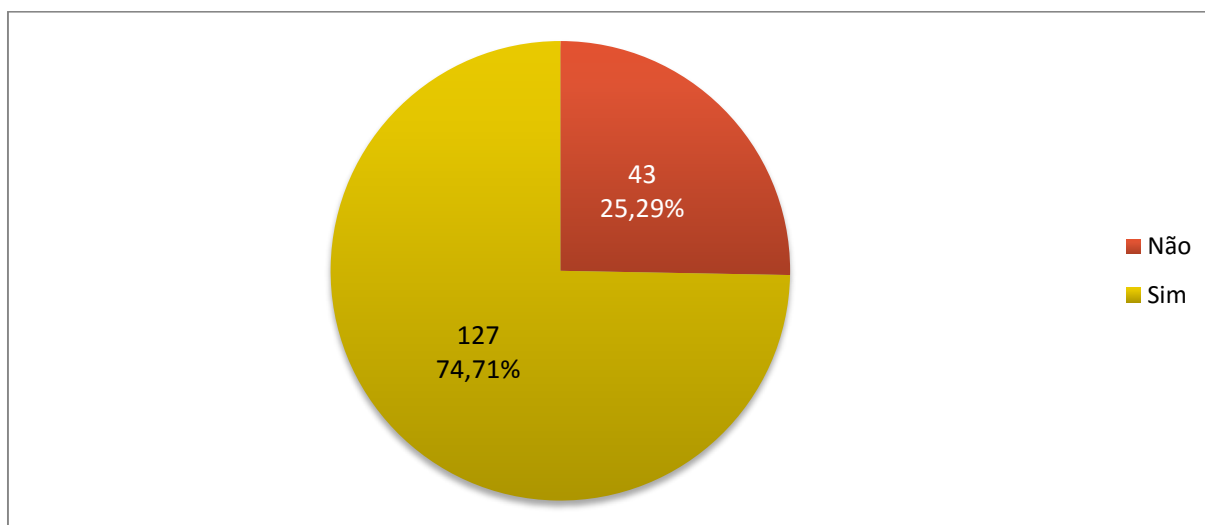


Gráfico 38 - Distribuição das respostas dos usuários para o item A.

Os usuários que responderam “não” para o item A não precisaram responder o item B e passaram para a segunda parte da avaliação. Os entrevistados que responderam “sim” para o item A, foram questionados no item B da seguinte forma: “o(a) senhor(a) acha que houve melhora do atendimento no atendimento em emergência com a implantação do acolhimento com classificação de risco?”. Destes, a maior parte percebeu melhora no atendimento após a classificação de risco, como pode ser observado no **Gráfico 39**.

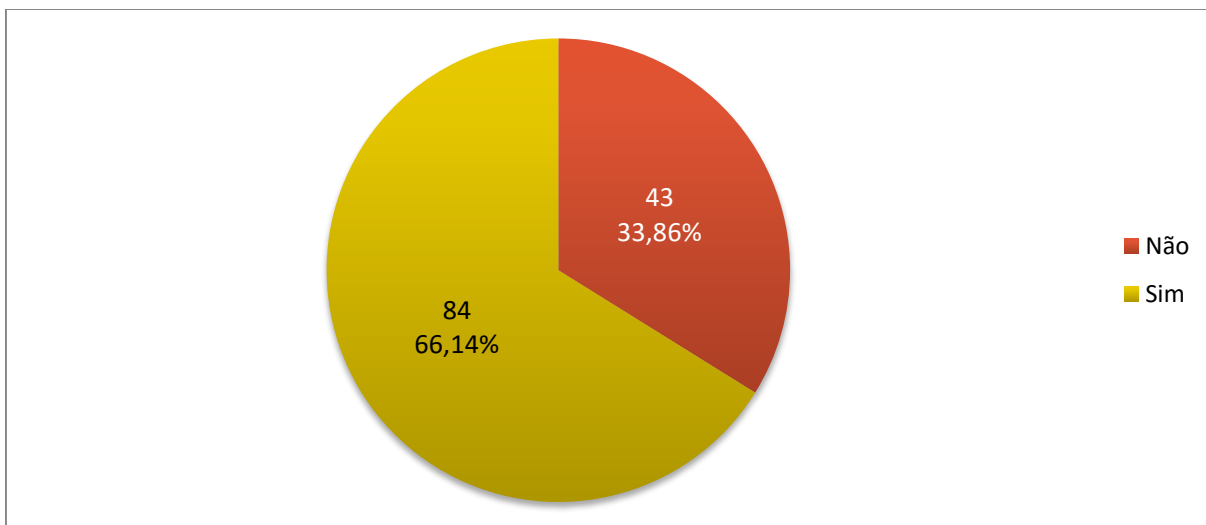


Gráfico 39 - Distribuição das respostas dos usuários para o item B.

Na segunda parte da avaliação, para cada pergunta, os participantes foram solicitados a classificar o aspecto proposto em “péssimo”, “ruim”, “regular”, “bom” e “excelente”, correspondendo aos números 1, 2, 3, 4 e 5 da escala, respectivamente. O conteúdo dos itens pode ser verificado no **Quadro 13**.

Quadro 13 - Síntese do conteúdo avaliado nos itens da segunda parte do questionário.

Item	Síntese do conteúdo
Item 1	Informações prestadas ao paciente
Item 2	Instalações físicas
Item 3	Indicações de localização
Item 4	Agilidade do enfermeiro
Item 5	Interesse do enfermeiro
Item 6	Disposição do enfermeiro
Item 7	Segurança com os serviços do hospital
Item 8	Educação e respeito por parte da equipe

No Item 1 da avaliação, os participantes foram questionados da seguinte forma: “as informações que o hospital presta ao paciente são adequadas e satisfatórias?”. Dois dos usuários não quiseram responder este item. As 178 respostas apresentadas para o item constam no **Gráfico 40**.

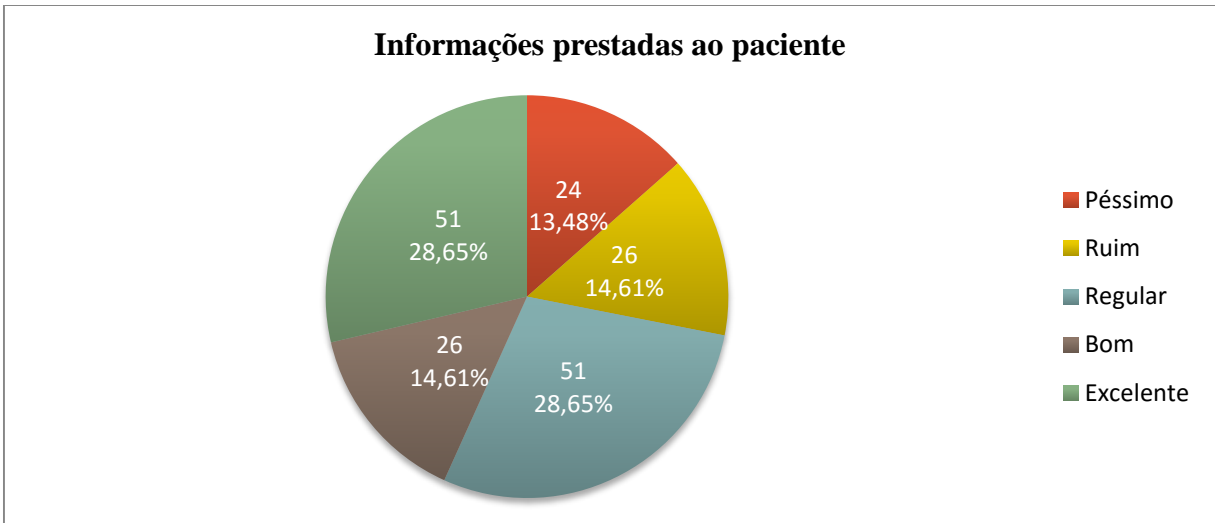


Gráfico 40 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 1.

No Item 2, foi realizada a pergunta “as instalações físicas são limpas e adequadas?”. Dois pacientes preferiram não responder este item. O **Gráfico 41** apresenta a distribuição das 178 respostas fornecidas pelos usuários.

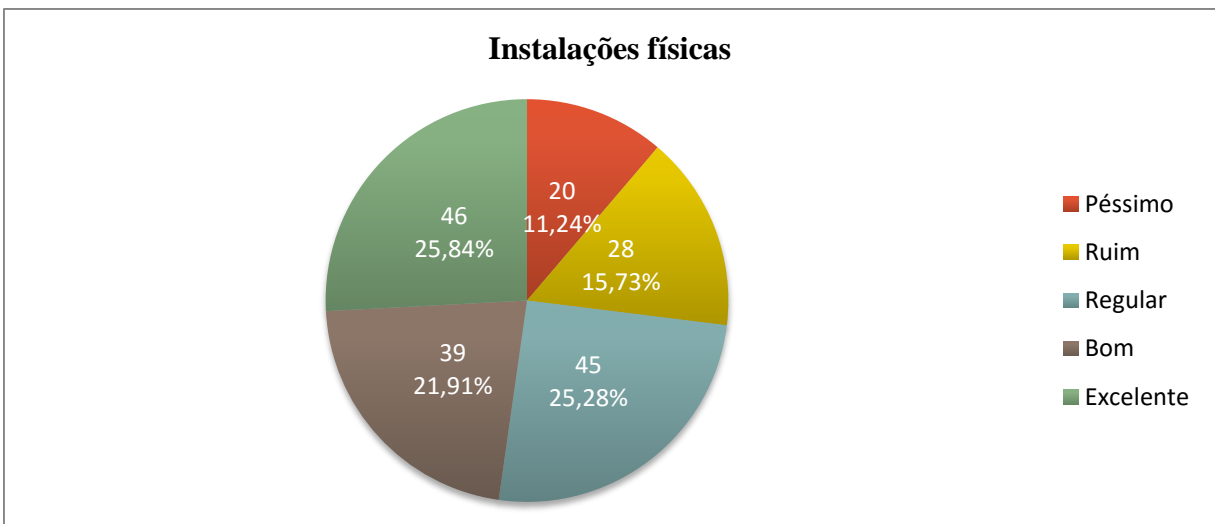


Gráfico 41 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 2.

Para avaliação do Item 3, os pacientes foram perguntados “as indicações de localização dos serviços são adequadas?”. Não foram fornecidas respostas de dois pacientes a este item. As 178 respostas para o item constam no **Gráfico 42**.

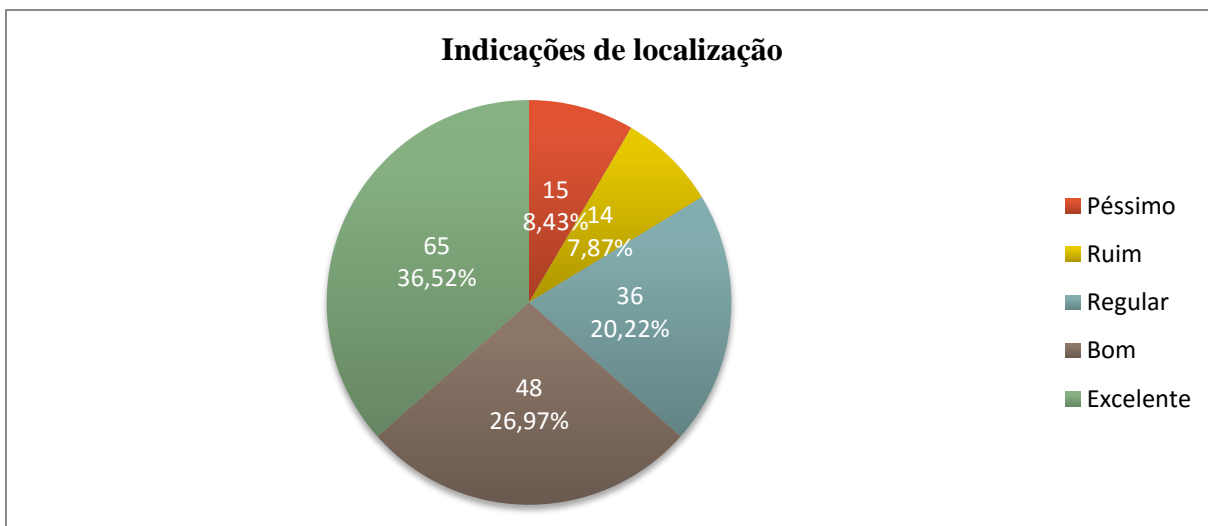


Gráfico 42 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 3.

O Item 4 se referia à seguinte pergunta: “o enfermeiro que o(a) atendeu na classificação de risco o(a) recebeu sem demora?”. A este item, dois pacientes não responderam. A distribuição das 178 respostas está apresentada no **Gráfico 43**.

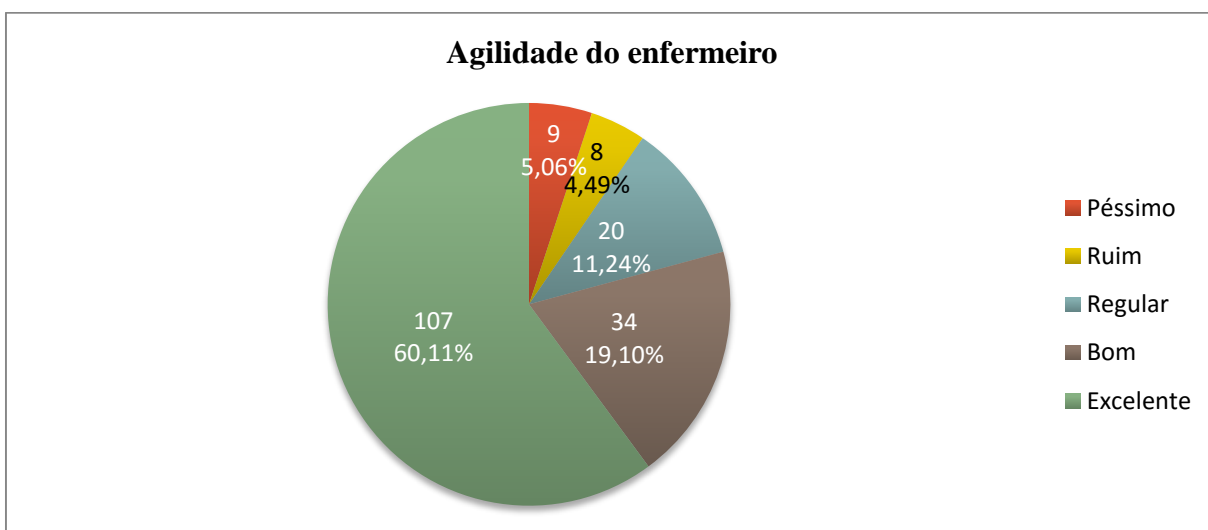


Gráfico 43 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 4.

A pergunta “o enfermeiro que o(a) atendeu na classificação de risco mostrou interesse, o(a) ouviu e o(a) examinou?” foi apresentada no 5º Item, ao qual cinco usuários não responderam, e cujas 175 respostas restantes são apresentadas no **Gráfico 44**.

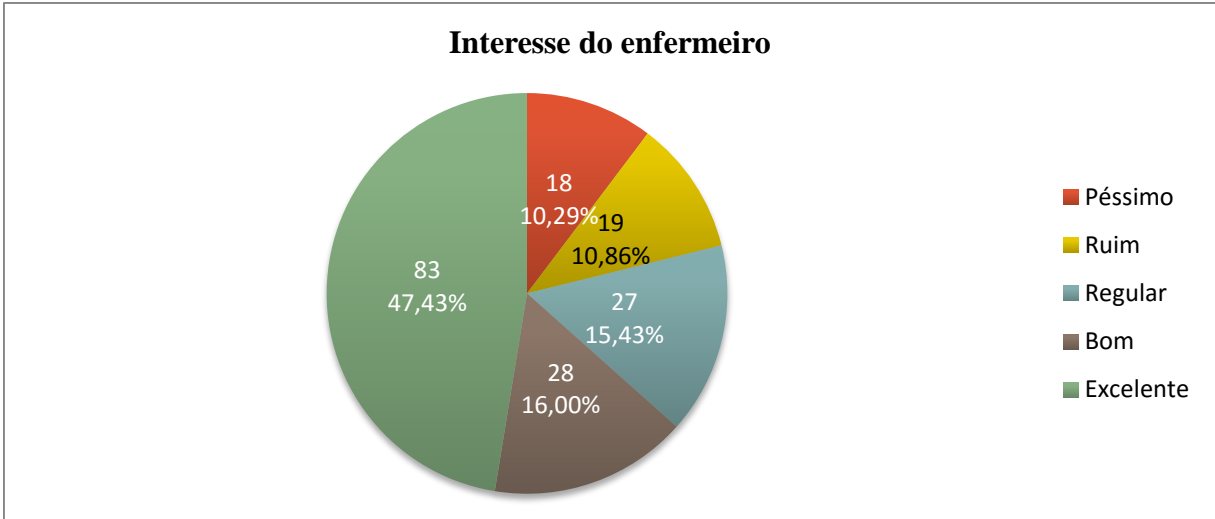


Gráfico 44 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 5.

No Item 6, os participantes foram questionados da seguinte forma: “o enfermeiro que o(a) atendeu na classificação de risco se mostrou sempre disposto a resolver o problema?”. A esta questão, dois usuários não responderam; as demais 178 respostas estão contidas no **Gráfico 45**.

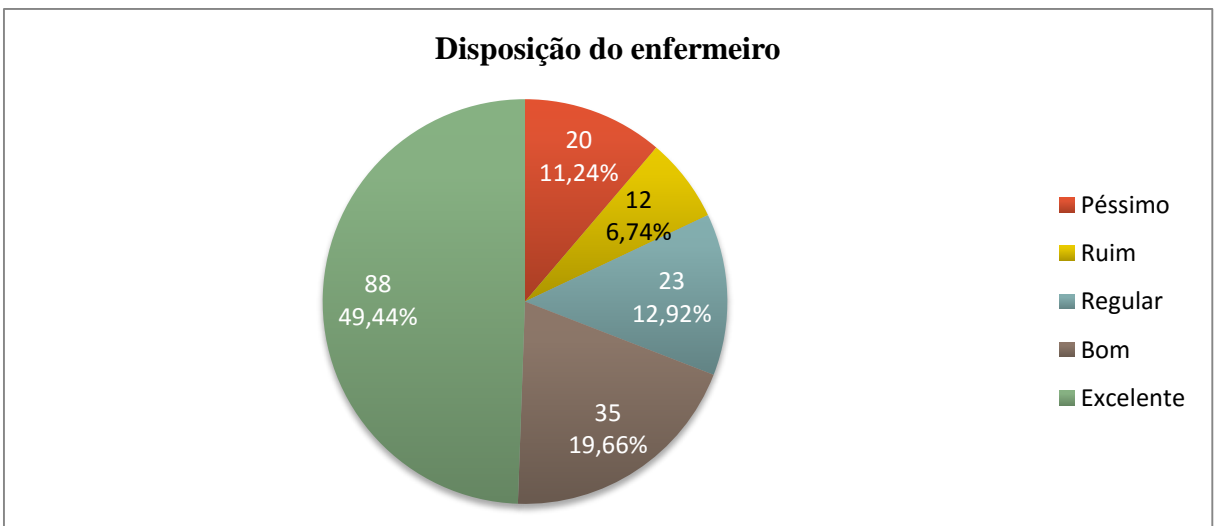


Gráfico 45 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 6.

No Item 7, os participantes foram questionados com a pergunta: “o(a) senhor(a) se sente seguro(a) com a avaliação do enfermeiro e os serviços do hospital?”. Cinco usuários não responderam a este item. A distribuição das 175 respostas constam no **Gráfico 46**.

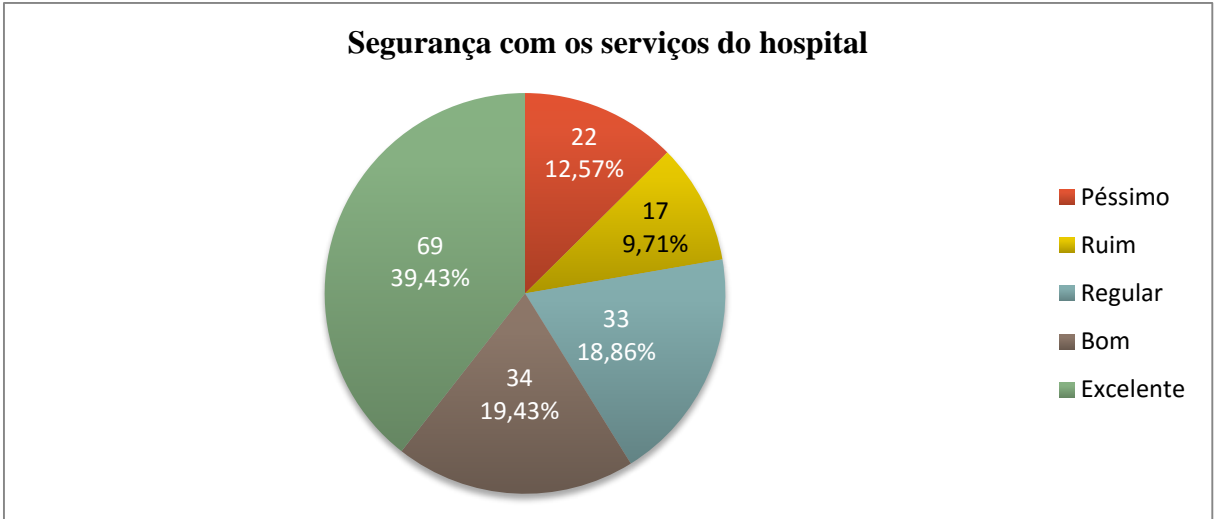


Gráfico 46 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 7.

Para avaliação do último item, os usuários foram questionados da seguinte forma: “a equipe que o atendeu o tratou com educação e respeito?”. Não foram fornecidas a este item respostas de cinco participantes. O **Gráfico 47** apresenta as 175 respostas à questão.

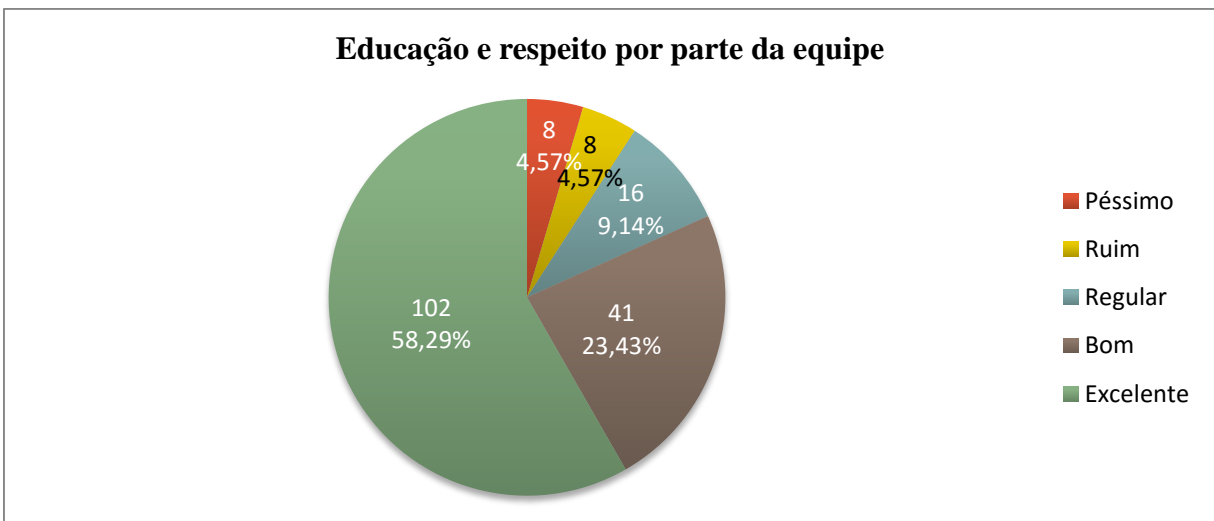


Gráfico 47 - Distribuição das respostas dos usuários para o Item 8.

A partir destes dados, têm-se a distribuição das avaliações atribuídas pelos usuários a cada um dos itens no **Gráfico 48**.

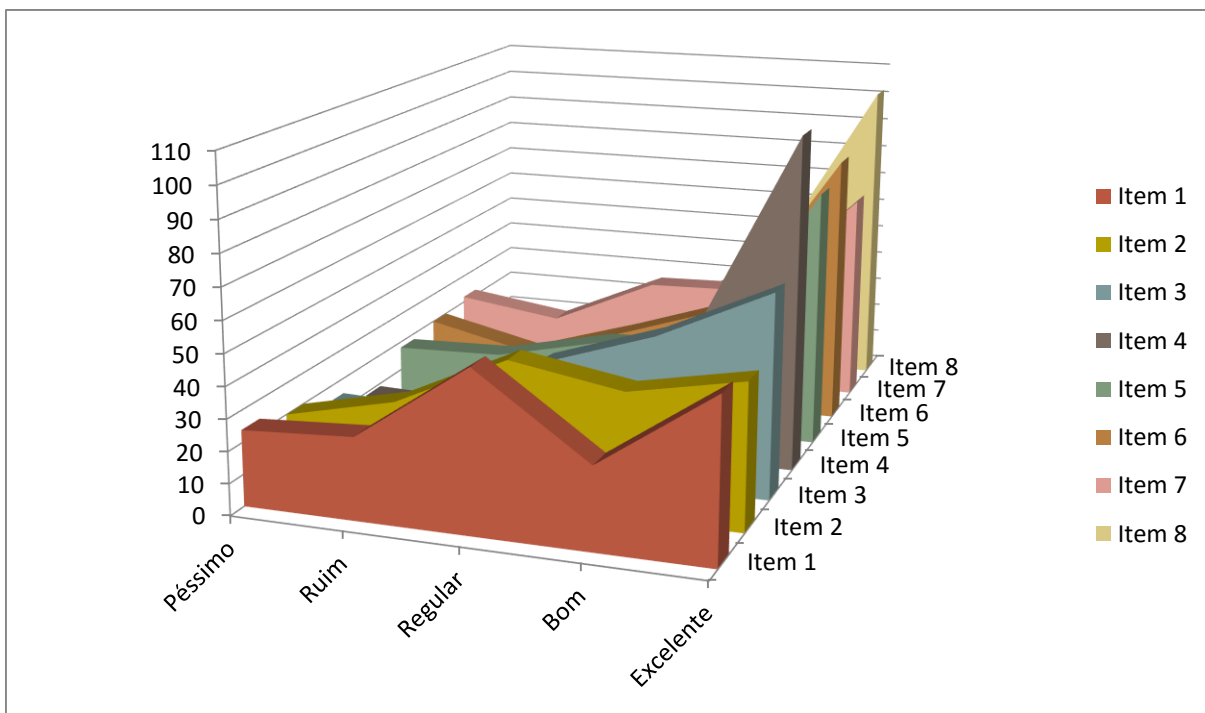


Gráfico 48 - Distribuição das avaliações dos usuários para os itens.

O desempenho dos itens pode ser observado também no **Gráfico 49**, sendo os itens 4 (a respeito da agilidade do enfermeiro) e 8 (a respeito da educação e respeito por parte da equipe) aqueles com maior avaliação positiva.

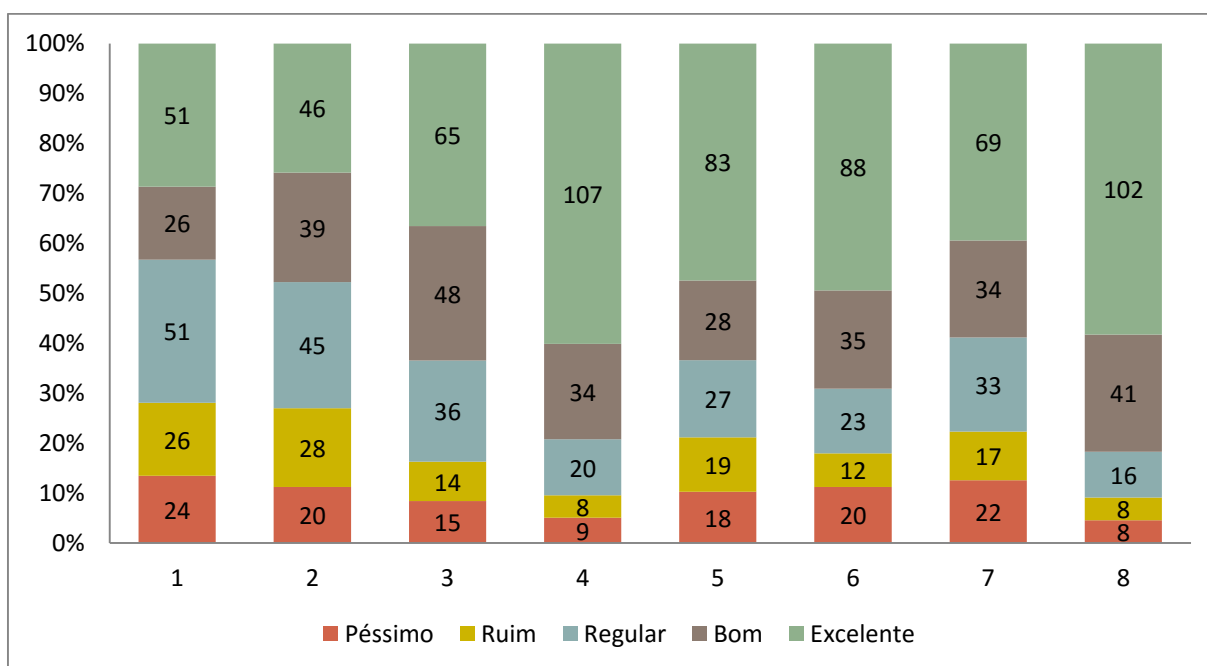


Gráfico 49 - Desempenho dos itens a partir de avaliação dos usuários.

Para contabilização dos resultados e avaliação final, é calculada a pontuação do instrumento, a partir da soma dos pontos atribuídos a cada item. Considerando-se o total de itens de 8 e a conformação da escala entre 1 e 5, o valor mínimo do score para o instrumento é 8 e o máximo 40, com amplitude total de 32 pontos. Para avaliação da pontuação, optou-se por manter a escala de 5 scores utilizada no questionário, considerando as classificações, da menor para a maior pontuação, como “péssimo”, “ruim”, “regular”, “bom” e “excelente”, conforme a **Tabela 37**:

Tabela 37 - Avaliação da Classificação de Risco pelos usuários a partir da pontuação do instrumento.

Pontuação média	Avaliação
32,1 a 40	Excelente
24,1 a 32	Bom
16,1 a 24	Regular
8,1 a 16	Ruim
1 a 8	Péssimo

Com a amostra de 180 participantes, foi realizado cálculo da média por item e elas foram somadas, gerando a pontuação média de todas as avaliações, apresentada no **Gráfico 50**.

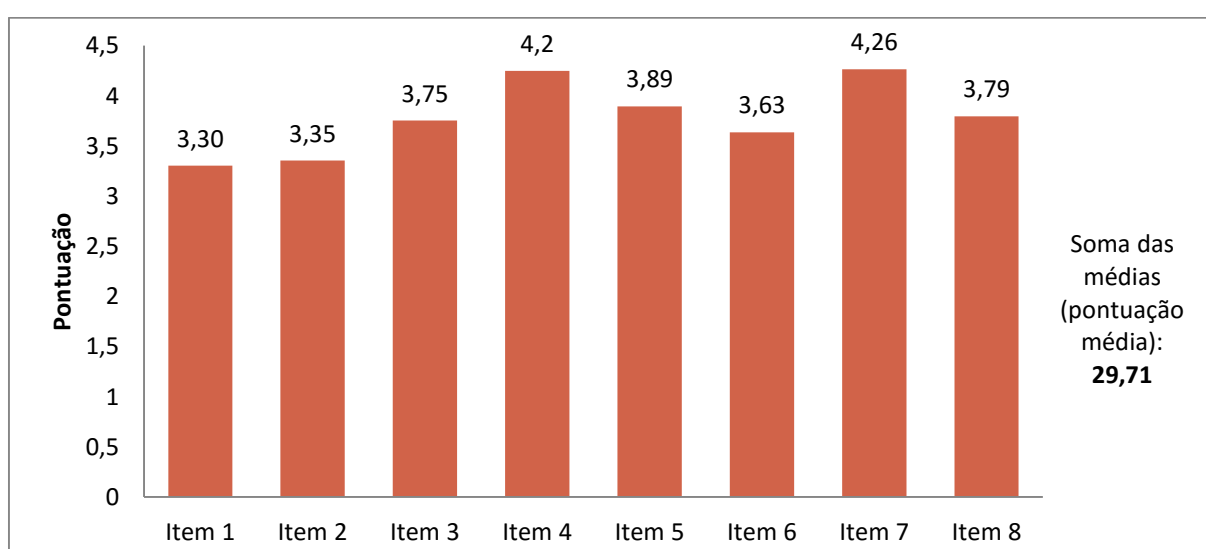


Gráfico 50 - Média de pontuação dos itens dos questionários de usuários.

Sendo a pontuação média final do instrumento 29,71, o resultado da avaliação da Classificação de Risco pelos usuários a classifica como “boa”.

Aplicando-se o Teste de Correlação de Spearman entre as pontuações médias de avaliação e as idades dos entrevistados, apresentado na **Tabela 38**, é possível inferir que existe correlação positiva entre as duas variáveis, ou seja, quando uma variável sofre aumento, a outra tende a acompanhar. Dessa forma, quanto maior a idade do usuário, melhor a avaliação atribuída ao serviço, como ilustrado no **Gráfico 51**.

Tabela 38 - Correlação de Spearman entre pontuação média de avaliação e idade.

	Correlação	p-valor
Idade	0.15077	0.0497

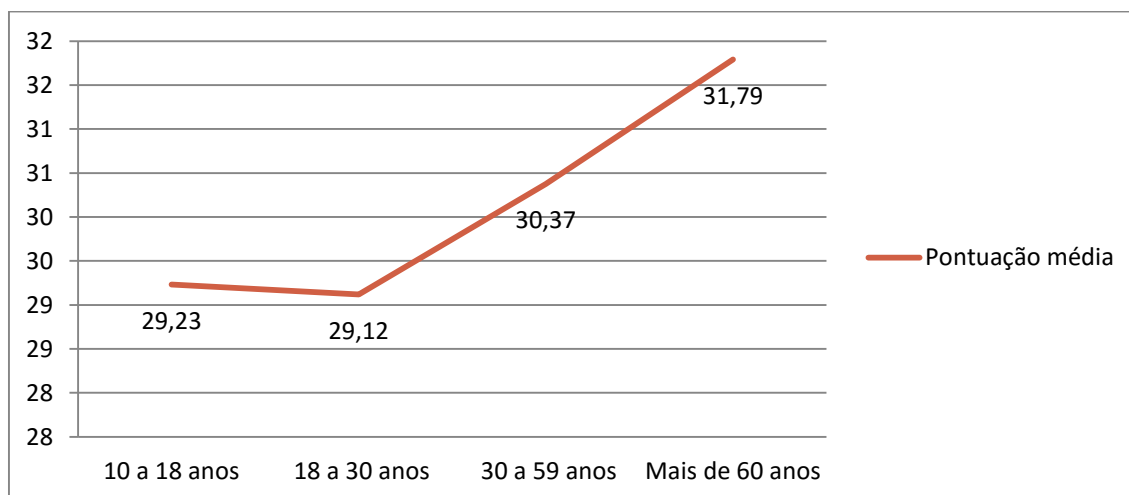


Gráfico 51 - Valores das pontuações médias de avaliação em função da idade.

Associando-se as pontuações de avaliação aos dias da semana em que os usuários foram questionados, por meio da aplicação do teste ANOVA observou-se que pelo p-valor há diferença significativa entre os dias da semana (**Tabela 39**), sendo os dias menos movimentados melhor avaliados que os com maior fluxo de pacientes, como ilustrado no **Gráfico 52**. A **Tabela 40** apresenta as pontuações médias das avaliações dos usuários para cada dia da semana.

Tabela 39 - Teste ANOVA para avaliação do serviço e a variável dia de atendimento na semana.

	g.l.	Soma Quad.	Quad. Médio	F	p-valor
--	-------------	-------------------	--------------------	----------	----------------

Dia da semana	5	593.902	118.780	3.267	0.008
Resíduos	167	6071.185	36.354		

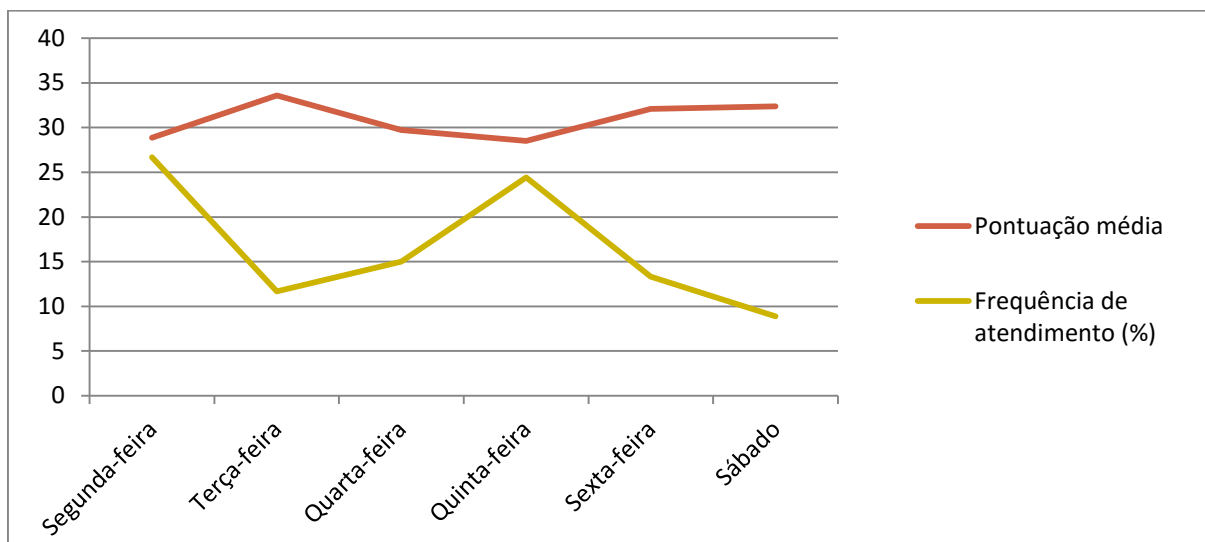


Gráfico 52 - Comparação das variações de avaliação dos usuários e frequência de atendimento pelos dias da semana.

Tabela 40 - Cruzamento simples para comparação de pontuações das avaliações dos usuários em relação aos dias da semana.

Dia da semana	Frequência de atendimento	Pontuações das avaliações			
		Média	Desvio padrão	Máximo	Mínimo
Segunda-feira	26,67%	28,86	7,91	40	10
Terça-feira	11,67%	33,6	7,23	40	13
Quarta-feira	15%	29,73	5,08	37	20
Quinta-feira	24,44%	28,52	4,93	37	17
Sexta-feira	13,33%	32,08	4,53	40	21
Sábado	8,89%	32,37	3,24	39	28

Em relação ao turno de atendimento, ao se utilizar o teste ANOVA, observou-se que há diferença significativa entre os turnos do dia em relação às avaliações dos usuários, como apresentado na **Tabela 41**. Para verificar qual turno proporcionou essa diferença, foi aplicado o teste Tukey, a partir do qual pôde-se concluir que o turno da tarde é o diferencial para as avaliações dos usuários, recebendo as piores avaliações (**Tabela 42**).

Tabela 41 - Teste ANOVA para avaliação do serviço e a variável turno de atendimento.

	g.l.	Soma Quad.	Quad. Médio	F	p-valor
Turno	3	507.741	169.247	6.678	0
Resíduos	127	3218.793	25.345	-	-

Tabela 42 - Teste Tukey para comparação de turnos em relação à avaliação dos usuários.

Turnos comparados	Diferença	Inferior	Superior	p-valor
Manhã-Madrugada	-2.744	-7.256	1.768	0.392
Tarde-Madrugada	-6.300	-10.912	-1.688	0.003
Noite-Madrugada	-2.460	-7.364	2.444	0.561
Tarde-Manhã	-3.556	-6.252	-0.859	0.004
Noite-Manhã	0.284	-2.886	3.455	0.995
Noite-Tarde	3.840	0.529	7.151	0.016

Além disso, analisando-se a tabela de cruzamentos simples entre a pontuação média dos usuários e o fluxo de atendimento diário, fica claro que os turnos com menor movimento recebem melhor avaliação quando comparados aos de maior movimento (**Tabela 43**), como ilustrado no **Gráfico 53**, da mesma forma como observado em relação aos dias da semana.

Tabela 43 - Cruzamento simples para comparação de pontuações das avaliações dos usuários em relação aos turnos de atendimento.

Turno	Frequência de atendimento	Pontuações das avaliações			
		Média	Desvio padrão	Máximo	Mínimo
Madrugada	8,88%	34,3	6,019413	40	20
Manhã	27,81%	31,55556	5,322316	40	18
Tarde	38,46%	28	4,992678	37	17
Noite	24,85%	31,84	3,923009	39	22

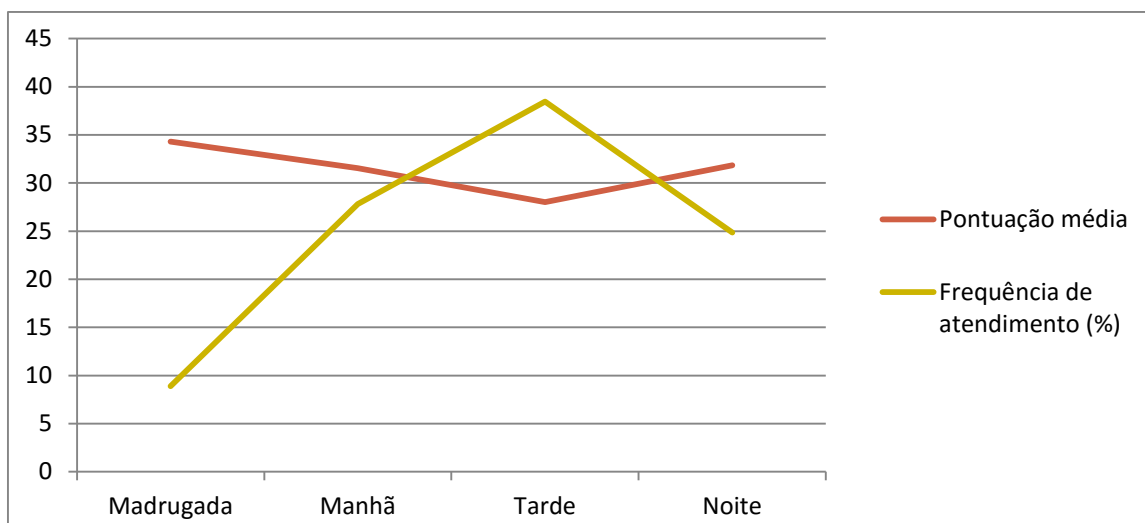


Gráfico 53 - Comparação das variações de avaliação dos usuários e frequência de atendimento por turno do dia.

Com base no teste ANOVA para verificar se existe diferença da pontuação média de avaliação dos usuários entre escolaridade, motivo de direcionamento à unidade (demanda espontânea, encaminhamento ou falta de atendimento em outras unidades), procedência e profissão, pôde-se concluir pelos p-valores que não existe diferença significativa entre eles, como consta nas **Tabelas 44, 45, 46 e 47**, respectivamente.

Tabela 44 - Teste ANOVA para avaliação do serviço e as variáveis escolaridade, motivo de direcionamento à unidade, procedência e profissão.

Variável	g.l.	Soma Quad.	Quad. Médio	F	p-valor
Escolaridade	8	268.202	33.525	0.865	0.548
Resíduos	163	6319.240	38.768		

Tabela 45 - Teste ANOVA para avaliação do serviço e a variável motivo de direcionamento à unidade.

Variável	g.l.	Soma Quad.	Quad. Médio	F	p-valor
Motivo de direcionamento	2	52.332	26.166	0.673	0.512
Resíduos	170	6612.754	38.899		

Tabela 46 - Teste ANOVA para avaliação do serviço e a variável procedência.

Variável	g.l.	Soma Quad.	Quad. Médio	F	p-valor
----------	------	------------	-------------	---	---------

Procedência	28	715.937	25.569	0.63	0.923
Resíduos	139	5643.468	40.600		

Tabela 47 - Teste ANOVA para avaliação do serviço e a variável profissão.

Variável	g.l.	Soma Quad.	Quad. Médio	F	p-valor
Profissão	84	4287.716	51.044	1.889	0.002
Resíduos	88	2377.370	27.016		

5.3 EIXO 3 – USUÁRIOS: CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS E DADOS DE ATENDIMENTO

Neste eixo, foram incluídos 169 pacientes, resgatados unicamente do sistema informatizado de prontuários da instituição. A análise das informações foi realizada com base em formulário de duas seções: “caracterização” e “dados do atendimento”, descritas separadamente a seguir.

5.3.1 Caracterização

Para delinear o perfil dos usuários da amostra, foram coletados dados relativos a sexo, data de nascimento, idade e procedência.

No que diz respeito ao sexo, a distribuição está apresentada no **Gráfico 54**.

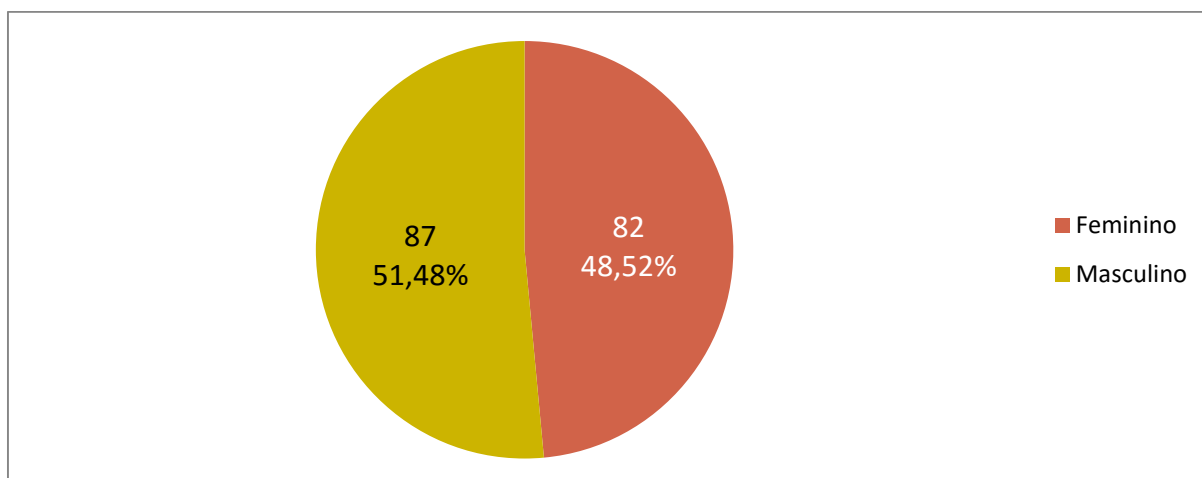


Gráfico 54 - Distribuição dos usuários por sexo.

Em relação à idade, a maior parte dos 169 usuários era da faixa etária entre 30 e 59 anos, seguida pela faixa de 18 e 30 anos, sendo menos frequente a de 10 a 18 anos, conforme apresentado na **Gráfico 55**. A média de idade foi de 36,1 anos e a mediana de 35 anos, como pode ser observado na **Tabela 48**.

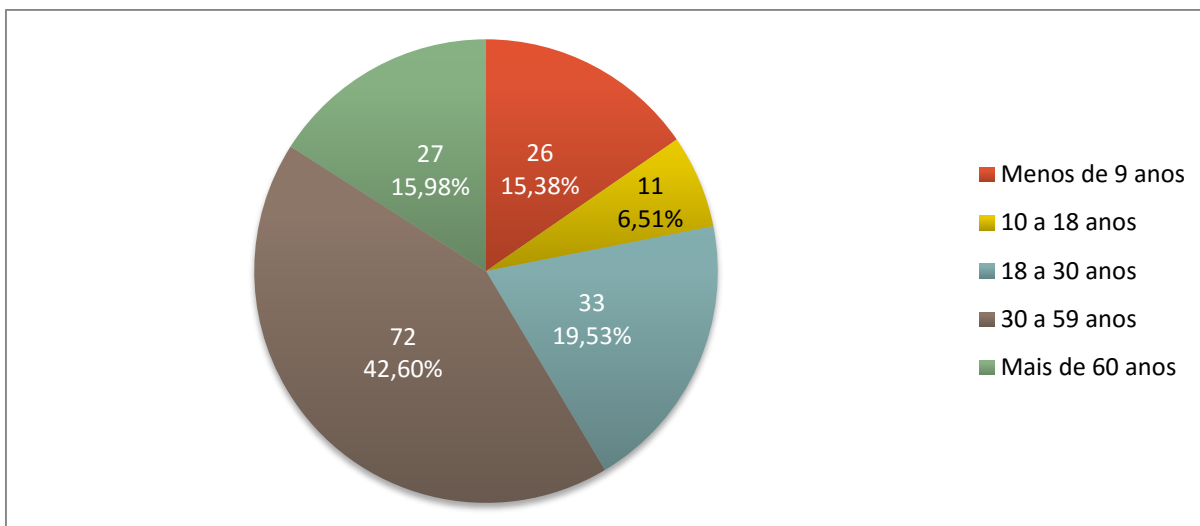


Gráfico 55 - Frequência de usuários quanto à faixa etária.

Tabela 48 - Medidas e valores para idade dos usuários.

Medida	Resultado para idade
Média	36.1
Desvio padrão	22.0
Mínimo	0.1
1º quartil	20.0
Mediana	35.0
3º quartil	53.0
Máximo	89.0
Intervalo de confiança inferior	32.8
Intervalo de confiança superior	39.5

No que se refere à procedência, nota-se que a região com maior frequência de pacientes oriundos é a Ceilândia, seguida pelo Guará, Samambaia e Taguatinga.

Na **Tabela 49**, são apresentadas as regiões de onde procederam pelo menos dois usuários. Outras regiões encontradas, de onde veio apenas um usuário cada, são Anápolis -

GO, Buritis - MG, Cidade Ocidental - GO, Cocalzinho - GO, Granja do Torto, Januária - MG, Lago Norte, Lago Sul, Papuda (presídio), Planaltina - GO, Porto Velho - RO, São Domingos - GO, Sto. Antônio do Descoberto - GO, Sudoeste e Vila Planalto.

Tabela 49 - Frequência de usuários quanto à procedência.

Procedência	Frequência	%
Ceilândia	16	9,46%
Guará	14	8,28%
Samambaia	14	8,28%
Taguatinga	14	8,28%
São Sebastião	11	6,50%
Asa Norte	10	5,91%
Paranoá	9	5,32%
Planaltina	9	5,32%
Águas Lindas - GO	6	3,55%
Luziânia - GO	6	3,55%
Núcleo Bandeirante	6	3,55%
Santa Maria	6	3,55%
Gama	5	2,95%
Recanto das Emas	5	2,95%
Sobradinho	5	2,95%
Riacho Fundo	4	2,36%
Asa Sul	3	1,77%
Brazlândia	3	1,77%
Candangolândia	3	1,77%
Novo Gama - GO	3	1,77%
Valparaíso - GO	2	1,18%
Outras	15	8,87%
Total	169	100%

5.3.2 Dados do atendimento

No tocante aos dados do atendimento, foram coletados dados da amostra referentes a data de atendimento (apresentada categoricamente no formato de semana do mês), dia da semana, horário (apresentado categoricamente no formato de turno do dia), meio de chegada, porta de entrada (Classificação de Risco ou Politraumatizados), cor da classificação, especialidade de atendimento, queixa principal, diagnóstico atribuído, tempo de permanência e desfecho.

Quanto a fluxo mensal de atendimento, considerando-se o mês de março de 2015, as semanas foram organizadas como consta na **Tabela 50**. Dessa forma, foi observada maior quantidade de pacientes à procura por atendimento na segunda semana do mês, seguida pela quarta semana do mês.

Tabela 50 - Frequência de atendimento de usuários quanto à semana do mês.

Semana	Dias	Frequência absoluta	Frequência relativa
1ª	1º a 7	33	19.5%
2ª	8 a 14	46	27.2%
3ª	15 a 21	40	23.7%
4ª	22 a 28	43	25.4%
Dias excedentes	29, 30 e 31	7	4.1%
Total	31	169	100%

No que se refere ao dia da semana, notou-se que, como pode ser observado no **Gráfico 56**, o dia de maior fluxo de pacientes foi sexta-feira, seguida por quinta-feira e quarta-feira. O dia de menor procura por atendimento foi sábado.

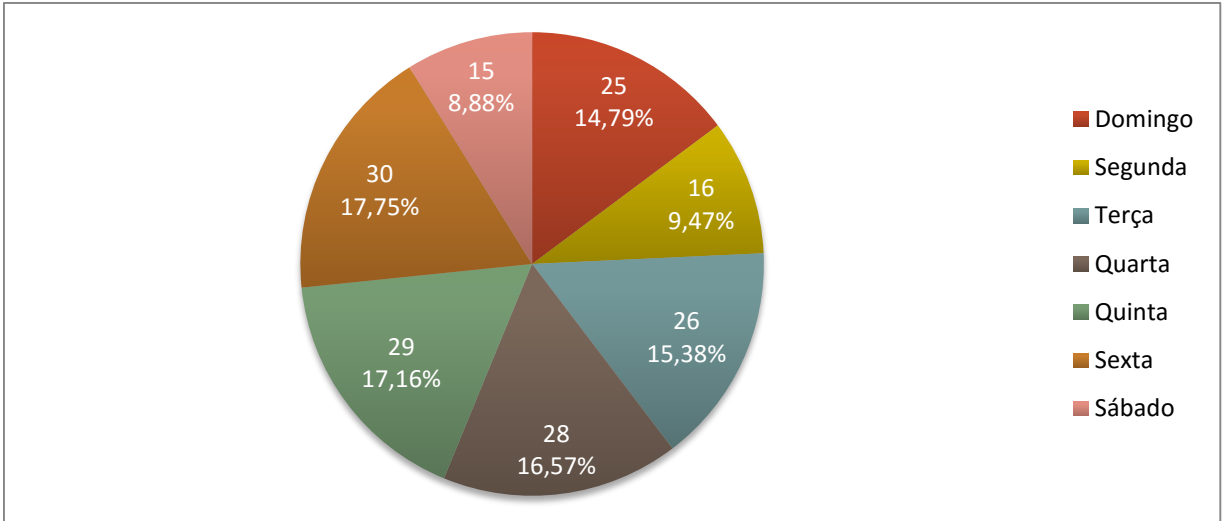


Gráfico 56 - Frequência de atendimento de usuários quanto ao dia da semana.

Em relação aos turnos do dia, da mesma forma como organizado na Amostra 2, os turnos foram divididos em madrugada (0h às 5h59), manhã (6h às 11h59), tarde (12h às 17h59) e noite (18h às 23h59). Dessa forma, nota-se que o turno de maior entrada dos 169 pacientes foi o turno da tarde e o de menor entrada, o da madrugada, conforme apresentado no **Gráfico 57**.

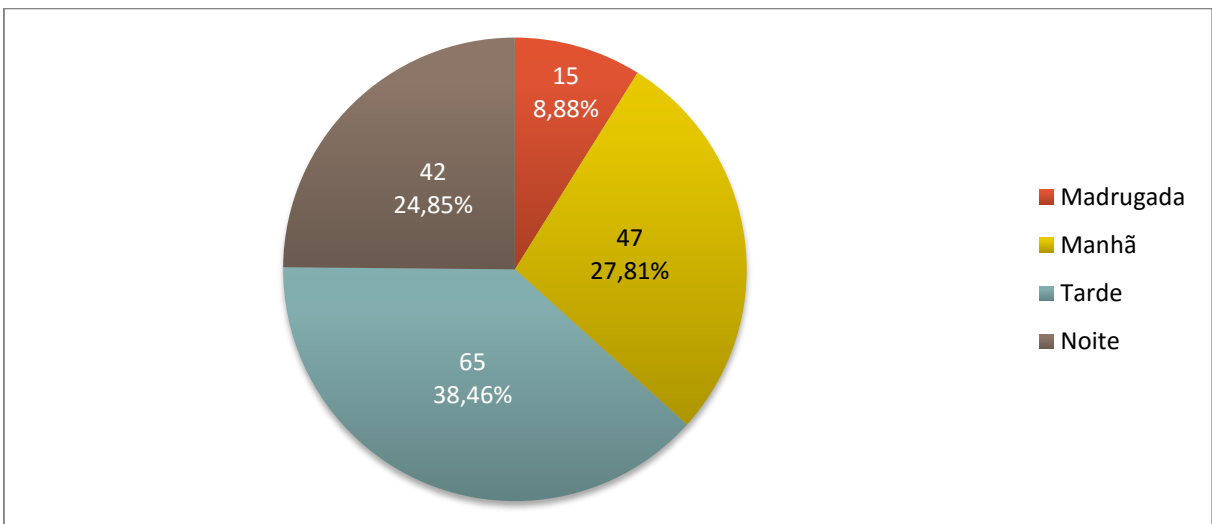


Gráfico 57 - Frequência de atendimento de usuários quanto a turno do dia.

Quanto ao meio de chegada à unidade, assim como na Amostra 2, havia poucos registros no sistema de informação da instituição a respeito dessa variável. Dos 43 registros encontrados, a maioria se referia a carro particular como forma de chegada ao serviço,

seguido por ambulância e carro de Corpo de Bombeiros, sendo SAMU e “meios próprios” os menos comuns. Os valores de frequência podem ser observados no **Gráfico 58**.

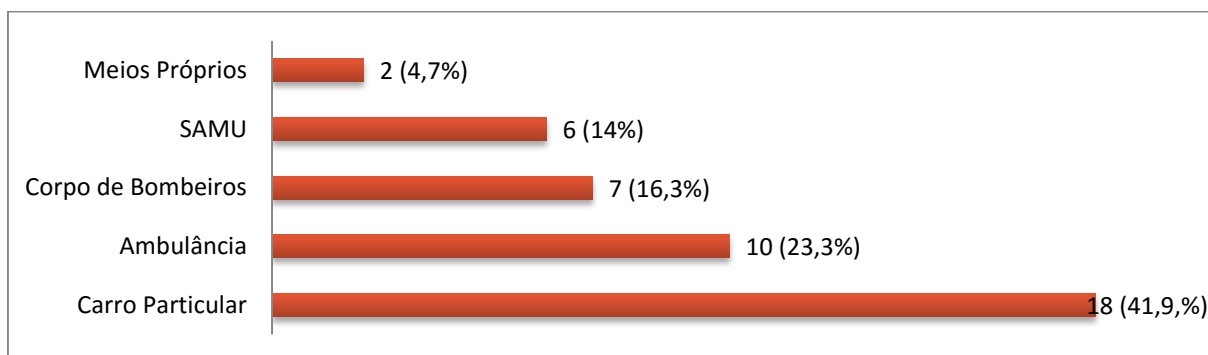


Gráfico 58 - Frequência de usuários quanto ao meio de chegada.

Por meio do teste Qui-quadrado pôde ser observada associação entre meio de chegada e cor de classificação de risco na Amostra 3, como observado na **Tabela 51**. A partir da análise dos cruzamentos apresentados na **Tabela 52**, nota-se que todos os pacientes que chegaram ao serviço de ambulância foram classificados como amarelo ou laranja; aqueles que utilizaram carro particular foram classificados principalmente como verde ou amarelo; os usuários levados por Corpo de Bombeiros foram todos em vermelho ou amarelo; e aqueles levados por SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) foram classificados principalmente como vermelho, laranja ou amarelo.

Tabela 51 - Teste Qui-quadrado para meio de chegada e cor de classificação.

	χ^2	g.l.	p-valor
Cor de classificação	34.42499	16	0.00476

Tabela 52 - Cruzamento de frequências relativas entre meio de chegada e cor de classificação.

Cor de classificação	Meio de Entrada					Total
	Ambulância	Carro Particular	Corpo de Bombeiros	Meios Próprios	SAMU	
Amarelo	60%	44%	14%	0%	17%	37%
Azul	0%	6%	0%	0%	0%	2%
Laranja	40%	11%	0%	0%	17%	16%
Verde	0%	28%	0%	0%	0%	12%

Vermelho	0%	11%	86%	100%	67%	33%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

No tocante à forma de entrada dos pacientes, eles podem ser recebidos via “Classificação de Risco” ou “Politraumatizados”, conforme terminologia utilizada no sistema de informação da instituição. Nos registros consta que a maior parte dos atendimentos se deu após chegada ao serviço de Classificação de Risco, como apresentado no **Gráfico 59**. Foram encontrados registros de 167 pacientes.



Gráfico 59 - Frequência de usuários quanto à forma de entrada.

A utilização do teste Qui-quadrado apresentou associação significativa entre a via de entrada e o dia da semana, como apresentado na **Tabela 53**.

Tabela 53 - Teste Qui-quadrado para dia da semana e entrada.

	χ^2	g.l.	p-valor
Entrada	13.997	6	0.030

Pelos cruzamentos entre vias de entrada no serviço e dias da semana, verifica-se que o dia com maior frequência de entrada de pacientes via Politraumatizados é domingo seguido por segunda-feira, sexta-feira, quinta-feira e sábado (**Tabela 54**).

Tabela 54 - Cruzamento de frequências relativas entre dia da semana e via de entrada.

Dia da semana	Entrada		Total
	Classificação de risco	Politraumatizados	
Domingo	12%	39%	15%
Quarta	19%	0%	17%
Quinta	18%	11%	17%
Sábado	8%	11%	8%

Segunda	9%	17%	10%
Sexta	18%	17%	18%
Terça	16%	6%	15%
Total	100%	100%	100%

Os registros da amostra também foram analisados quanto às cores de classificação atribuídas aos usuários. Sendo assim, a classificação mais frequente foi a de cor amarela, seguida pela cor verde e sendo menos observada a azul, como se pode verificar no **Gráfico 60**. Foram analisados os 169 usuários.

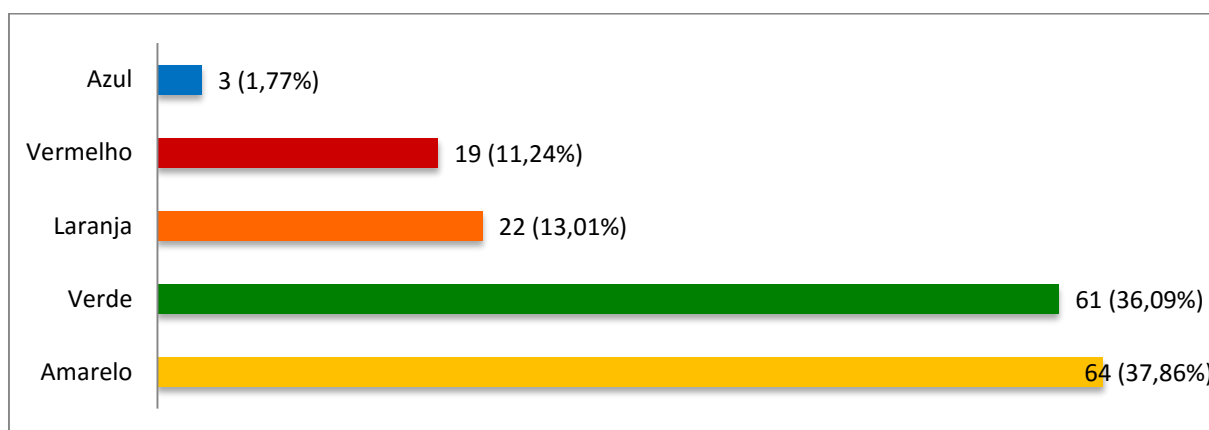


Gráfico 60 - Frequência dos usuários quanto à cor de classificação.

A partir da utilização do teste ANOVA foi possível observar que existe diferença significativa da idade dos usuários do serviço com as cores de classificação de risco, como apresentado na **Tabela 55**.

Tabela 55 - Teste ANOVA para idade e cor da classificação.

	g.l.	Soma Quad.	Quad. Médio	F	p.valor
Cor da classificação	4	7070.024	1767.506	3.888	0.005
Resíduos	164	74558.111	454.623	-	-

A associação pode ser evidenciada pelo teste de Tukey, que demonstrou existir diferença entre as cores laranja-amarela e verde-laranja sobre a idade (**Tabela 56**), e pelo cruzamento das frequências relativas (**Tabela 57**).

Tabela 56 - Teste Tukey para comparação das cores de classificação sobre a idade.

Cores de classificação	Diferença	Inferior	Superior	p-valor
Azul-Amarelo	16.088	-18.655	50.830	0.706
Laranja-Amarelo	20.012	5.477	34.547	0.002
Verde-Amarelo	3.651	-6.873	14.174	0.874
Vermelho-Amarelo	3.158	-12.208	18.523	0.980
Laranja-Azul	3.924	-32.273	40.121	0.998
Verde-Azul	-12.437	-47.218	22.344	0.861
Vermelho-Azul	-12.930	-49.468	23.609	0.866
Verde-Laranja	-16.361	-30.988	-1.735	0.020
Vermelho-Laranja	-16.854	-35.274	1.566	0.090
Vermelho-Verde	-0.493	-15.945	14.959	1.000

Tabela 57 - Cruzamento das frequências relativas de idade e cores de classificação.

Idade	Cor da classificação					Total
	Amarelo	Azul	Laranja	Verde	Vermelho	
Menos de 10 anos	22%	0%	5%	16%	5%	15%
10 a 18 anos	8%	0%	9%	2%	16%	7%
18 a 30 anos	16%	33%	5%	23%	37%	20%
30 a 59 anos	44%	33%	41%	46%	32%	43%
Mais de 60 anos	11%	33%	41%	13%	11%	16%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Em relação a especialidade de atendimento, a com maior frequência de procura por atendimento é a Ortopedia, seguida pela Oftalmologia e Otorrinolaringologia, sendo a menos procurada a Cirurgia Pediátrica, como consta no **Gráfico 61**. Foram encontrados registros de 159 prontuários.

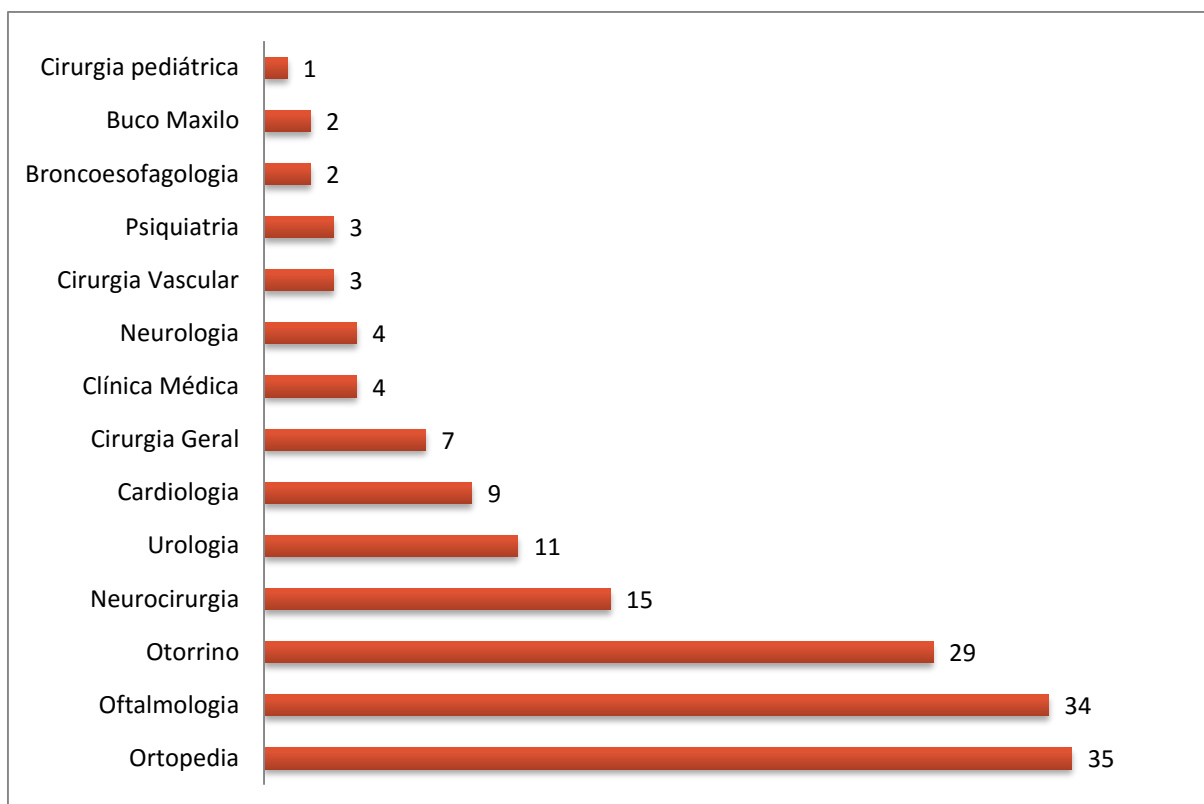


Gráfico 60 - Frequência de usuários quanto à especialidade de atendimento.

Quando realizado o teste ANOVA para idade e especialidade de atendimento dos usuários, notou-se que existe diferença significativa de idade em relação às especialidades, como apresentado na **Tabela 58**.

Tabela 58 - Teste ANOVA para idade e especialidade.

	g.l.	Soma Quad.	Quad. Médio	F	p-valor
Especialidade	14	14741.79	1052.985	2.428	0.004
Resíduos	144	62459.74	433.748	-	-

Essa diferença pôde ser determinada a partir do teste de Tukey, por meio do qual foi possível observar que a diferença entre Neurocirurgia-Cirurgia Vascular é significativa sobre a idade (**Tabela 59**).

Tabela 59 - Teste Tukey para comparação das especialidades sobre a idade.

Especialidades	Diferença	Inferior	Superior	p-valor
Urologia-Cirurgia pediátrica	47.545	-27.529	122.619	0.674

Clínica Médica-Cirurgia Vascular	-26.667	-81.564	28.231	0.937
Neurocirurgia-Cirurgia Vascular	-45.139	-90.599	0.320	0.054
Neurologia-Cirurgia Vascular	-12.167	-67.064	42.731	1.000
Oftalmologia-Cirurgia Vascular	-29.192	-72.483	14.099	0.572
Ortopedia-Cirurgia Vascular	-33.038	-76.279	10.203	0.355
Otorrino-Cirurgia Vascular	-31.115	-74.707	12.477	0.473

A análise do cruzamento de frequências relativas das duas variáveis é mostrada na **Tabela 60**.

Tabela 60 - Cruzamentos de frequências relativas entre idade e especialidade.

Especialidade	Idade					Total
	< 10 anos	10 a 18 anos	18 - 30	30 - 59	> 59 anos	
Broncoesofagologia	50%	0%	50%	0%	0%	100%
Buco Maxilo	50%	0%	50%	0%	0%	100%
Cardiologia	0%	11%	11%	33%	44%	100%
Cirurgia geral	0%	43%	0%	57%	0%	100%
Cirurgia pediátrica	100%	0%	0%	0%	0%	100%
Cirurgia vascular	0%	0%	0%	67%	33%	100%
Clínica médica	0%	0%	50%	25%	25%	100%
Neurocirurgia	47%	7%	7%	33%	7%	100%
Neurologia	0%	0%	0%	75%	25%	100%
Oftalmologia	15%	0%	18%	50%	18%	100%
Ortopedia	11%	3%	23%	57%	6%	100%
Otorrino	21%	7%	24%	31%	17%	100%
Psiquiatria	0%	0%	0%	67%	33%	100%
Urologia	0%	9%	18%	36%	36%	100%
Total	16%	6%	18%	44%	16%	100%

Quanto às queixas relatadas pelos usuários, foram analisados registros de 166 pacientes e listadas na **Tabela 61** aquelas citadas ao menos duas vezes nos registros. Dentre elas as mais frequentes foram (conforme informadas e registradas no prontuário): hiperemia

e/ou prurido ocular, seguidas por TCE. Outras queixas observadas, com um relato de paciente cada, foram: abrasão química em olho, artrose irreversível, câncer de próstata (exames/controle), cefaleia, ceratocone (exames/controle), claudicação, cólica ureteral, crise depressiva, crises convulsivas, déficit de cognição com agitação e discurso desconexo, derrame ocular, dispneia, disúria, dor em faringe, dor em braço direito pós-implantação de marca passo, dor em região zigomática, dor torácica, edema palpebral, eletrocussão por relâmpago, “encontrada desacordada”, esquizofrenia (exames/controle), fimose com ulceração, formigamento de lado do corpo e dificuldade de fala, hérnia inguinoescrotal, hidrocefalia (exames/controle), hidrocele bilateral agravada, hipoacusia, inchaço em face, laceração ocular, neoplasia de mama (exames/controle), odinofagia, otorragia, parafimose, perda de subcânula da traqueostomia, rebaixamento súbito de nível de consciência, rinorreia, sangramento de amigdalectomia, tontura e palpitação, trauma em cóccix, trauma lombar, trauma nasal, tremores e astenia, troca de sonda vesical de demora e válvula hidrocefalia (exames/controle).

Tabela 61 - Frequência de usuários quanto à queixa.

Queixa	Frequência	%
Hiperemia e/ou prurido ocular	15	9,0%
Otalgia	15	9,0%
TCE	12	7,2%
Corpo estranho em orofaringe, cavidade nasal ou conducto auditivo	9	5,4%
Entorse de punho, joelho ou tornozelo	9	5,4%
Trauma em membro	8	4,8%
Lombalgia	8	4,8%
Acidente de trânsito	7	4,2%
Dor ocular	6	3,6%
Dor articular	5	3,0%
Atropelamento	3	1,8%
Cervicalgia	3	1,8%
Precordialgia atípica	3	1,8%
Trauma ocular	3	1,8%
Agressão física	2	1,2%

Aumento do volume testicular	2	1,2%
Cefaleia	2	1,2%
Corpo estranho em olho	2	1,2%
Dor em membro	2	1,2%
Ferida e ou dor em membro	2	1,2%
PAB	2	1,2%
PAF	2	1,2%
Outras	44	26,50%
Total	166	100%

Foi percebida diferença significativa entre o tempo de permanência dos usuários no serviço e as queixas, como o observado pelo teste ANOVA na **Tabela 62**.

Tabela 62 - Teste ANOVA para tempo de permanência e queixa.

	g.l.	Soma Quad.	Quad. Médio	F	p-valor
Queixa	66	723729534	10965599.0	11.821	0
Resíduos	99	91836146	927637.8		

Por meio da avaliação os cruzamentos de frequências relativas de queixa e tempo de permanência na Amostra 3, que inclui pacientes graves e/ou de outras especialidades não abordados na Amostra 2, foi possível observar que os menores tempos de permanência foram referentes a queixas como otalgia (média de 1 hora), cefaleia (média 2 horas e meia), acidente de trânsito não grave (média de 2,41 horas), corpo estranho em orofaringe/cavidade nasal/conducto auditivo (média de 2,61 horas) e cervicálgia (média de 2,76 horas). Entre as queixas relacionadas a maior tempo de permanência estão PAB (Perfuração por Arma Branca) (média de 41,66 horas), agressão física (média de 31,93 horas) e precordialgia/ dor torácica (média de 47 horas e meia).

As queixas também tiveram associação significativa em relação ao turno de atendimento da Amostra 3, quando aplicado o teste Qui-quadrado, como pode ser observado na **Tabela 63**.

Tabela 63 - Teste Qui-quadrado para turno de atendimento e queixa.

	χ^2	g.l.	p-valor
Queixa	237.35126	198	0.02919

Ao analisar o cruzamento de frequências relativas de turno e queixa, foi observado que o turno da madrugada apresentou entre suas queixas mais frequentes corpo estranho em olho/orofaringe/cavidade nasal/conducto auditivo (20%) e agressão (13%), tendo todas as outras ocorrido apenas uma vez na amostra no turno; pela manhã foi mais frequente otalgia (15%) e hiperemia/prurido ocular (11%); durante a tarde foram observadas com mais frequência hiperemia/prurido ocular (14%), otalgia (8%) e TCE (8%); assim como a noite quando também foi observado principalmente hiperemia/prurido ocular (9%), otalgia (9%) e TCE (7%).

Foram também observados os diagnósticos atribuídos aos usuários atendidos (**Tabela 64**), num total de 164 usuários. Observa-se que o resultado mais frequente entre os prontuários analisados foi o de “exames sem alterações/diagnóstico indefinido”, seguido pelo diagnóstico de otite. Outros diagnósticos, relatados por apenas um paciente cada, foram: febre viral não determinada, abscesso dentoalveolar, abrasão corneana, artrite reumatóide, artrose irreversível, câncer de próstata, cálculo coraliforme, carcinoma epidermóide em pênis, ceratocone, ceratoconjuntivite química, hematoma traumático, convalescença, demência, derrame articular, derrame ocular, doença arterial obstrutiva periférica, doença granulomatosa nasal, descolamento de retina, embolia pulmonar, enfizema subcutâneo, enxaqueca, episclerite, esquizofrenia, faringite aguda, ferimento corto contuso, fratura de dedos, fratura do osso zigomático, gangrena diabética, hemorragia conjuntival, hérnia de disco, hérnia inguinoescrotal, hidrocefalia, hidrocele bilateral, hipertensão cefálica, hipertensão ocular, hipertensão pulmonar, próteses mitral e aórtica restritivas com indicação de troca, hordéolo, infecção de ferida, infecção urinária, insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca congestiva, laceração do conducto auditivo, lacerações conjuntivais, lesão encefálica sugestiva de epilepsia, lesão ligamentar, lesão ureteral, neurite óptica, obstrução de cânula de traqueostomia, orquite, osteoartrose, osteocondromatose em tornozelo, PAF, parafimose, perfuração da membrana timpânica, pingueculite, pneumotórax, pterígio, rejeição de enxerto de córnea, sangramento de amigdalectomia, síndrome adrenérgica em resolução, sinovite transitória, sinusite aguda, avaliação de morte encefálica, torção do testículo, transtorno de depressivo persistente, trauma ocular, traumatismo de punho e mão, úlcera bacteriana, uveíte.

Tabela 64 - Frequência de usuários quanto a diagnóstico.

Diagnóstico	Frequência	%
Exames sem alterações/diagnóstico indefinido	37	22,5%
Otites em geral	8	4,9%
Ceratite	7	4,3%
Conjuntivites em geral	6	3,7%
Cerume impactado	5	3%
Deglutição de corpo estranho	4	2,4%
Contusão de ombro ou punho	4	2,4%
AVC	3	1,8%
Entorse de tornozelo	3	1,8%
Corpo estranho em ouvido	2	1,2%
Pico hipertensivo	2	1,2%
TCE	2	1,2%
Torcicolo	2	1,2%
Calculose do rim e/ou ureter	2	1,2%
Corpo estranho no trato respiratório	2	1,2%
Disfunção de ATM	2	1,2%
Lombalgia	2	1,2%
Traumatismos múltiplos	2	1,2%
Outros	67	40,8%
Total	164	100%

Quando observados em relação ao tempo de permanência, pelo teste ANOVA, foi possível perceber que existe diferença significativa, como pode ser observado na **Tabela 65**.

Tabela 65 - Teste ANOVA para tempo de permanência e diagnóstico.

	g.l.	Soma Quad.	Quad. Médio	F	p-valor
Diagnóstico	116	302068574	2604039.4	12.766	0
Resíduos	47	9587024	203979.2		

Também foi verificado o tempo de permanência dos usuários na unidade, sendo a média de 667,1 minutos e a mediana de 133 minutos, considerando um mínimo de 4 minutos e o máximo de 23,044 minutos, conforme observado na **Tabela 66**. A categorização por desfecho dos usuários consta na **Tabela 67** e por cor de classificação na **Tabela 68**.

Tabela 66 - Medidas e valores para tempo de permanência dos usuários.

Medida	Tempo de permanência (em minutos)
Média	677.1
Desv. Padrão	2216.3
Min	4.0
1 quart	51.0
Mediana	133.0
3 quart	236.0
Máx	23044.0
I.C. inf	343.0
I.C. sup	1011.3

Tabela 67 - Categorização do tempo de permanência por desfecho do usuário.

Desfecho	Tempo de permanência (em minutos)			
	Média	Desvio padrão	Máximo	Mínimo
Alta	367,4656	2038,257	23044	4
Encaminhamento	417,3182	858,424	4065	20
Internação atual	806,25	816,4796	1820	90
Internação com alta	4426,455	2800,874	10114	627
Internação com óbito	5203	#N/D	5203	5203

Tabela 68 - Categorização do tempo de permanência por cor de classificação.

Cor da classificação	Tempo de permanência (em minutos)			
	Média	Desvio padrão	Máximo	Mínimo
Vermelho	694,1053	1534,036	5203	20
Laranja	535,0455	943,4532	3404	23
Amarelo	1107	3358,662	23044	20

Verde	234,4426	576,3499	3488	4
Azul	1443,333	1947,345	3665	32

A **Tabela 69** apresenta o teste ANOVA para tempo de permanência e cor de classificação e, a partir dele, pode-se verificar que não existe diferença significativa entre as variáveis.

Tabela 69 - Teste ANOVA para tempo de permanência e cor de classificação.

	g.l.	Soma Quad.	Quad. Médio	F	p-valor
Cor da classificação	4	25991559	6497890	1.333	0.26
Resíduos	164	799244706	4873443		

Apesar disso, o tempo de permanência dos usuários apresentou diferença significativa, pela análise do teste ANOVA, em relação à especialidade e desfecho, como pode ser observado na **Tabela 70**.

Tabela 70 - Teste ANOVA para tempo de permanência e especialidade.

	g.l.	Soma Quad.	Quad. Médio	F	p-valor
Especialidade	116	302068574	2604039.4	12.766	0
Resíduos	47	9587024	203979.2		

Em relação aos desfechos dos usuários, ou seja, o que ocorreu após o atendimento, o mais comum foi a alta, seguida por encaminhamento (**Gráfico 62**). O desfecho menos comum foi óbito. Foram analisados os 169 pacientes.

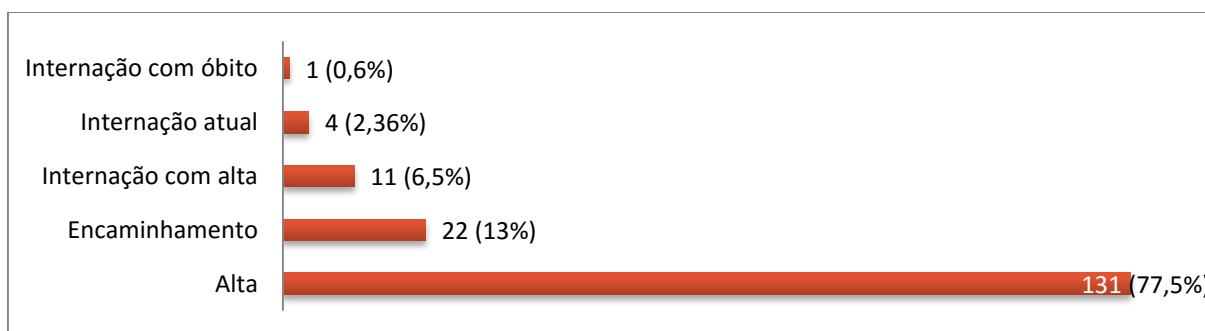


Gráfico 61 - Frequência de usuários quanto a desfecho.

A aplicação do teste ANOVA para comparação da idade com a variável desfecho demonstrou que existe diferença significativa entre estes, como apresentado na **Tabela 71**.

Tabela 71 - Teste ANOVA para idade e desfecho.

	g.l.	Soma Quad.	Quad. Médio	F	p.valor
Desfecho	4	6830.977	1707.744	3.744	0.006
Resíduos	164	74797.158	456.080		

Pela análise do desfecho que proporcionou a diferença, por meio do Teste Tukey, observa-se que ela ocorre entre encaminhamento-alta sobre a idade dos pacientes, conforme pode ser visto na **Tabela 72**.

Tabela 72 - Teste Tukey para comparação dos desfecho sobre a idade.

Desfechos	Diferença	Inferior	Superior	p-valor
Encaminhamento-Alta	15.509	1.937	29.082	0.016
Internação atual-Alta	17.646	-12.254	47.546	0.482
Internação com alta-Alta	1.797	-16.695	20.289	0.999
Internação com óbito-Alta	39.646	-19.486	98.778	0.349
Internação atual-Encaminhamento	2.136	-29.883	34.156	1.000
Internação com alta- Encaminhamento	-13.713	-35.466	8.040	0.413
Internação com óbito- Encaminhamento	24.136	-36.095	84.368	0.804
Internação com alta-Internação atual	-15.849	-50.244	18.546	0.709
Internação com óbito-Internação atual	22.000	-43.861	87.861	0.888
Internação com óbito-Internação com alta	37.849	-23.678	99.376	0.439

Os cruzamentos das frequências relativas das duas variáveis, pode ser observado na **Tabela 73**.

Tabela 73 - Cruzamentos de frequências relativas entre idade e desfecho.

Idade	Desfecho					Total
	Alta	Encaminhamento	Internação atual	Internação com alta	Internação com óbito	
< 9 anos	18%	5%	0%	9%	0%	15%
10 a 18 anos	8%	0%	0%	9%	0%	7%
18 a 30 anos	20%	14%	25%	27%	0%	20%
30 a 59 anos	41%	55%	25%	45%	0%	43%
> 59 anos	13%	27%	50%	9%	100%	16%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Os desfechos também foram associados ao tempo de permanência dos usuários na unidade por meio do teste ANOVA, para o qual foi percebida diferença significativa em relação aos dois, como pode ser observado na **Tabela 74** e nos cruzamentos apresentados na **Tabela 75**.

Tabela 74 - Teste ANOVA para tempo de permanência e desfecho.

	g.l.	Soma Quad.	Quad. Médio	F	p-valor
Desfecho	4	189228868	47307217	12.199	0
Resíduos	164	636007397	3878094		

Tabela 75 - Cruzamento entre tempo de permanência e desfecho dos usuários.

Desfecho	Tempo de permanência (em minutos)			
	Média	Desvio padrão	Máximo	Mínimo
Alta	367,4656	2038,257	23044	4
Encaminhamento	417,3182	858,424	4065	20
Internação atual	806,25	816,4796	1820	90
Internação com alta	4426,455	2800,874	10114	627
Internação com óbito	5203	#N/D	5203	5203

6 DISCUSSÃO

6.1 EIXO 1 – PROFISSIONAIS

6.1.1 Caracterização dos profissionais

Atuam no Acolhimento com Classificação de Risco estudado 10 profissionais, dos quais três não foram incluídos no estudo. Outra pesquisa apresentou resultado semelhante de 9 enfermeiros, dos quais 8 foram entrevistados (SHIROMA; PIRES, 2011). Outros estudos apresentaram valores superiores, tendo um incluído 20 profissionais de um total de 27 (OLIVEIRA et al., 2013), e outro, 11 profissionais de uma população de 12 (SOUZA et al., 2014). Ainda constam na literatura serviços em que os profissionais atuantes na classificação de risco não são exclusivos do serviço, ou apresentam dados de todos os enfermeiros da unidade de emergência, que resultam em números superiores (ADEB-SAEEDI, 2002; ANDERSSON; OMBERG; SVEDLUNG, 2006; CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2008; CARVALHO; LOPES, 2006; FRY; BURR, 2001; FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR, 2010; GARCIA; FUGULIN, 2010; LIMA NETO et al., 2013a, 2013b; MENDES et al., 2009; MENZANI; BIANCHI, 2009; OLIVEIRA et al., 2013; SHIROMA; PIRES, 2011; SOUZA et al., 2014; VERSA et al., 2014).

Os dados em relação ao sexo dos profissionais que atuam no serviço de classificação de risco mostram que a maior parte deles é de mulheres. Esses dados são semelhantes aos encontrados em outros estudos nacionais (CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2008; CARVALHO; LOPES, 2006; FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR, 2010; GARCIA; FUGULIN, 2010; LIMA NETO et al., 2013a, 2013b; MENDES et al., 2009; MENZANI; BIANCHI, 2009; OLIVEIRA et al., 2013; SHIROMA; PIRES, 2011; SOUZA et al., 2014; VERSA et al., 2014) e internacionais (ADEB-SAEEDI, 2002; ANDERSSON; OMBERG; SVEDLUNG, 2006; FRY; BURR, 2001), que apresentam valores entre 66,67 e 90,9%, referentes ao serviço de classificação de risco especificamente ou à unidade de emergência em geral. Pode-se afirmar que essa superioridade em número das mulheres sobre os homens persiste na enfermagem brasileira em geral, o que pode ser observado tanto na qualificação universitária como nos níveis médio e técnico. A enfermagem no setor da saúde representa o maior contingente de trabalhadoras e trabalhadores, sendo marcada pela seletividade com base referente ao sexo dos profissionais (LOPES; LEAL, 2005; MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

O resultado para idade não pode ser considerado representativo, já que apenas uma profissional respondeu, no caso 41 anos. É possível que a falta de fornecimento do dado esteja relacionada à tentativa de manutenção do anonimato, apesar de os entrevistados terem sido esclarecidos sobre a confidencialidade das respostas. Ainda assim, outros estudos encontraram médias de idade semelhantes, entre 31 a 50 anos (CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2008; LIMA NETO et al., 2013a, 2013b; VERSA et al., 2014), tendo um estudo apresentado média exata de 41 anos (FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR, 2010). Além disso, estudos internacionais apresentaram resultados entre 25 a 64 anos (ADEB-SAEEDI, 2002; FORSGREN; FORSMAN; CARLSTRÖM, 2009). Dessa forma, há uma predominância de adultos não jovens entre os profissionais da área.

Quanto à profissão, todos os profissionais indicaram ser enfermeiros, dado importante considerando que atualmente é bem consistente na literatura a recomendação do enfermeiro como classificador nas unidades de emergência (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012; ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; CAVALCANTE et al., 2012; LIMA NETO et al., 2013a; NASCIMENTO et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2013; ROSSANEIS et al., 2011; SHIROMA; PIRES, 2011; SOUZA et al., 2013a, 2013b; VERSA et al., 2014; ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012).

Ainda assim, apesar da recomendação do Ministério da Saúde a respeito da classificação de risco e sua execução por enfermeiros (BRASIL, 2009), ainda houve registros de triagem realizada por auxiliares ou técnicos de enfermagem. Um estudo relata que o acolhimento com classificação de risco é realizado por técnicos e auxiliares de enfermagem que receberam treinamento de 80 horas pelo Ministério da Saúde para realizar a identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato (DAL PAI; LAUTERT, 2011). Isso ocorre em contrapartida ao Parecer nº 014/2009 emitido pelo Coren-SP que veda a conduta de triagem clínica por técnicos/auxiliares de enfermagem das unidades de saúde (COREN-SP, 2010). A classificação de risco se trata de uma consulta de enfermagem que, segundo Resolução nº 159/1993 do COFEN, constitui-se em atribuição privativa do enfermeiro (COFEN, 1993). Ainda assim, também pode ser observada na literatura a execução da classificação de risco por acadêmicos de enfermagem, durante sua graduação, que, ainda que capacitados e acompanhados por professores e enfermeiros, não são amparados para o exercício desta atividade (NONNENMACHER; WEILLER; OLIVEIRA, 2012).

Na unidade analisada, após a entrada e registro, o usuário tem primeiro contato com técnico de enfermagem, antes da avaliação pelo enfermeiro. No serviço, essa função é

obrigatoriamente executada por técnico ou auxiliar de enfermagem, não podendo a atividade ser realizada por outro profissional. Porém, antes mesmo da consulta de enfermagem, ocorre frequentemente o encaminhamento informal do paciente para outras unidades, por parte do vigilante ou técnico de enfermagem, caso julguem que o caso não é indicado para o serviço. O mesmo ocorreu em outro trabalho (ZANELATTO; DAL PAI, 2010), que descreveu a rotina de um serviço de emergência em que os pacientes eram recebidos primeiramente por um vigilante que, segundo os autores, poderia interferir na utilização do serviço pelo usuário por meio de julgamento sem preparo técnico. Depois disso o usuário se dirigia a um “balcão de atendimento” e relatava sua queixa a um técnico de enfermagem que organizava o atendimento. Essas situações ocorrem em oposição ao mesmo Parecer do Coren-SP, já citado, que também veda a dispensa de pacientes por técnicos/auxiliares de enfermagem (COREN-SP, 2010). Além disso, tem sido questionado se a primeira abordagem do usuário por técnico/auxiliar de enfermagem, em vez de qualquer outro profissional, realmente é importante para reduzir o tempo de espera dos pacientes mais graves e se influencia nos desfechos clínicos deles (SOUZA et al., 2014).

No que se refere à profissionalização, foi observado que 85,71% dos profissionais possuíam algum tipo de especialização (incluindo residência), resultado similar ao de outro estudo que constatou 87% de enfermeiros com especialização ou residência (FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR, 2010). Outras pesquisas apontaram dados divergentes, como 25,6% dos profissionais com algum tipo de especialização (VERSA et al., 2014); 97,9% (MENZANI; BIANCHI, 2009); e 50% (LIMA NETO et al., 2013a). Do total de profissionais entrevistados que possuíam pós-graduação, apenas um havia se especializado na área de urgência e emergência, dado semelhante a trabalho que não encontrou nenhum profissional com esse tipo de capacitação (SHIROMA, 2011).

Quando se observa a comparação entre o tempo de experiência profissional e o tempo de atuação em emergência, percebe-se que os enfermeiros que atuam nessa área em geral não tiveram algum tipo de preparação para tal, o que mostra a unidade de emergência como destino de muitos profissionais inexperientes (SOUZA et al., 2011). Essa é uma visão reducionista, considerando-se que o enfermeiro nessa área deve ter profundo conhecimento científico para lidar com situações gerais que podem estar relacionadas a diversas especialidades. Isso deve ser considerado especialmente em relação àqueles que executam a classificação de risco, que devem ter um treinado olhar clínico (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012; CAVALCANTE et al., 2012; DURO; LIMA, 2010; SHIROMA; PIRES, 2011). Além

disso, estudos têm mostrado que a correta classificação tem ligação direta não apenas com a classificação, mas também com o tempo de experiência na área (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

A experiência profissional variou entre 3 e 20 anos completos, com uma média de 13 anos, resultado semelhante a outros estudos, que apresentaram o tempo médio de atuação entre 10 e 15 anos (ANDERSSON; OMBERG; SVEDLUNG, 2006; CARVALHO; LOPES, 2006; DURO et al., 2014; FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR, 2010; GARCIA; FUGULIN, 2010).

No que se refere ao tempo de atuação na instituição, foi observado um mínimo de 2 e máximo de 20 anos, sendo a média de 8,14 anos. Um estudo apresentou dados semelhantes, com 62% dos profissionais entre 5 e 15 anos (GARCIA; FUGULIN, 2010). Outros trabalhos apresentaram média de tempo inferior, entre 3 e 5 anos (CARVALHO; LOPES, 2006; SHIROMA; PIRES, 2011).

Quanto ao tempo de atuação na unidade de emergência, o mínimo foi de 1 ano e o máximo de 20 anos, com média de 6,85 anos. Outros estudos apresentaram tempo de atividade na área entre 1 e 26 anos (CARVALHO; LOPES, 2006; DURO et al., 2014; FRY; BURR, 2001; FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR, 2010; LIMA NETO et al., 2013a; VITURI et al., 2013), com médias citadas entre 3 e 5 anos (ADEB-SAEEDI, 2002; CARVALHO; LOPES, 2006). Um estudo concluiu que quanto maior o tempo de trabalho na emergência menor é a satisfação geral do profissional (CARVALHO; LOPES, 2006). Diferentemente destes estudos, pelo cruzamento dos dados de tempo de atuação na unidade de emergência com as pontuações atribuídas pelos profissionais ao questionário de avaliação, não foi percebida melhora ou piora da avaliação ao longo deste período.

Em relação ao tempo de atuação no serviço de classificação de risco, o mínimo foi de 1 ano, máximo de 5 e média de 3,14 anos. Outros estudos obtiveram média de tempo de atuação em classificação de risco maior que um ano (FORSGREN; FORSMAN; CARLSTRÖM, 2009; FRY; BURR, 2001; OLIVEIRA et al., 2013; SOUZA et al., 2014). Dois profissionais atuam no serviço há 5 anos, o que significa que acompanham as atividades do setor desde sua implementação, e esse é um fator importante, considerando-se que a maior experiência desses profissionais influencia na segurança percebida pelo demais membros da equipe (ANDERSSON; OMBERG; SVEDLUNG, 2006). Pesquisas que mostraram baixa sensibilidade para detectar pacientes graves relacionaram o resultado não apenas ao protocolo em si, mas também à capacidade do enfermeiro em classificar corretamente; especialmente se

observando que a sensibilidade é mais relevante, nessa perspectiva, que a especificidade, já que a primeira impede que pacientes mais urgentes sejam classificados com nível de prioridade baixo (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Estudo de validade interavaliadores de protocolo institucional constatou que os observadores com menor concordância na classificação possuíam menos tempo de atuação no serviço, enquanto aqueles com maior coeficiente Kappa executavam essas atividades há mais tempo. Ou seja, quanto maior a experiência do profissional na atividade, menores as chances de divergências (SILVA et al., 2014).

No que trata da quantidade de vínculos empregatícios, quatro dos enfermeiros informaram ter dois vínculos e os três restantes possuíam apenas um. De forma semelhante, consta na literatura que grande parte dos enfermeiros que atuam em unidade hospitalar de emergência possui mais de um vínculo empregatício, como trabalho que encontrou 73,9% de profissionais da unidade que afirmaram ter outro vínculo empregatício (FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR, 2010) ou o que apresentou 64% de profissionais com apenas um vínculo empregatício (LIMA NETO et al., 2013a). Esse dado pode estar relacionado à insatisfação com a atual remuneração, que leva os profissionais a buscarem formas de complementar sua renda. Alguns autores apontam que as condições de trabalho do enfermeiro geram desgaste, tanto físico quanto emocional, e que muitas vezes esses profissionais buscam como motivação dinheiro e conhecimento, se submetendo a dupla jornada de trabalho, fato esse que pode afetar o desempenho de suas atividades (SILVA et al., 2006). Apesar disso, observou-se que não há diferença de avaliação do serviço entre os profissionais que possuem um vínculo empregatício e os que possuem dois.

6.1.2 Avaliação

Em relação à avaliação do serviço de Classificação de Risco pelos profissionais, outros dois estudos utilizaram a mesma metodologia e instrumento para coleta dos dados (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d; VERSA et al., 2014). Porém, um dos estudos (VERSA et al., 2014) utiliza scores diferentes para avaliação do instrumento, por isso a pontuação obtida nos itens do estudo foi avaliada de acordo com os parâmetros utilizados no trabalho de validação do instrumento (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012c). Outro estudo (VITURI et al., 2013), incluía diversos profissionais da unidade de emergência

relacionados ao ACCR e utilizou método diferente para análise de dados, que não explicita a avaliação de cada item.

6.1.2.1 Conforto ao usuário e acompanhante

No que se refere ao conforto ao usuário e acompanhante, a maioria dos profissionais entrevistados afirmou discordar de que a estrutura física para o Acolhimento com Classificação de Risco promove conforto ao usuário e acompanhante. Dessa forma, a avaliação para este item o classifica como “regular”. Os outros dois estudos que avaliaram esse critério também obtiveram resultado “regular” (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d; VERSA et al., 2014). Considera-se que o espaço deve visar o conforto focado na privacidade e individualidade dos sujeitos, atendo-se a elementos que interagem com o homem: estética, ruídos, iluminação, etc. (BRASIL, 2004c).

6.1.2.2 Ambiência acolhedora

Segundo a Política Nacional de Humanização, “ambiência hospitalar se refere ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço” (BRASIL, 2004c). Em relação à ambiência acolhedora da unidade de atuação dos enfermeiros que participaram da pesquisa, a maior parte dos profissionais acredita que o Acolhimento com Classificação de Risco da unidade torna o ambiente mais acolhedor e humano, porém, uma parte significativa dos enfermeiros discorda do sugerido, o que classifica a ambiência da unidade como “regular”. Em contrapartida, outros estudos obtiveram “bom” como resultado para este item (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d; VERSA et al., 2014). Outro trabalho observou uma frequência de 36,4% de enfermeiros insatisfeitos pela falta de estrutura física adequada para manejo do paciente (SOUZA et al., 2012). Autores citam problemas de infraestrutura e recursos materiais relatados por enfermeiros como algumas das maiores fragilidades na implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (NASCIMENTO et al., 2011b).

6.1.2.3 Treinamento sobre Acolhimento com Classificação de Risco à equipe

Em se tratando do treinamento sobre a classificação de risco oferecido aos profissionais classificadores, a maior parte dos enfermeiros afirmou concordar com a afirmação de que não ocorrem reuniões e treinamentos periódicos para a equipe. Assim, esse aspecto foi considerado “regular”. Dado semelhante foi encontrado em outros estudos, que observaram a mesma avaliação (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d; VERSA et al., 2014). Este resultado pode estar associado ao fato de que o profissional recebe obrigatoriamente treinamento para a aplicação do sistema de classificação quando é lotado no serviço. Porém, ele participa de uma capacitação breve e que não necessariamente será atualizada ao longo de sua estadia na unidade. Esse é um fator importante na qualidade e fidedignidade da classificação, considerando-se que o Protocolo Manchester é atualizado periodicamente e sofre alterações em seus fluxogramas, que devem ser apreendidas pelos profissionais. Ainda, a Política Nacional de Humanização acentua que todos os profissionais de saúde são responsáveis pelo acolhimento, porém, é necessário um grupo de funcionários preparado para realizar o contato inicial com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto à rede de saúde local (BRASIL, 2009).

Um estudo sueco concluiu que, em alguns casos, os enfermeiros responsáveis pela classificação dos pacientes não se sentiam plenamente confiantes em relação à avaliação, e quando isso ocorria, eles optavam pela classificação na prioridade mais alta ou pela priorização das crianças, por exemplo. Esse tipo de ocorrência pode estar relacionado àqueles casos apresentados no limiar entre diferentes classificações (ANDERSSON; OMBERG; SVEDLUNG, 2006). Dois fatores importantes para que se evite essa ambiguidade de avaliação são a utilização de protocolo e fluxogramas consistentes na geração de avaliações e a efetiva capacitação dos profissionais que aplicarão esses instrumentos. Ainda assim, outra pesquisa observou que, mesmo reconhecendo a importância do processo educativo, essa prática não é comum no cotidiano dos enfermeiros (ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012).

Um fator importante, ainda se tratando da capacitação dos profissionais na classificação de risco, é a correta avaliação da dor relatada pelos usuários. A sua avaliação adequada pode estar associada não apenas à capacitação, mas à disposição de recursos e até mesmo o interesse do profissional. Estão disponíveis atualmente diversos instrumentos, escalas e escores destinados à avaliação da dor dos pacientes, e o próprio Protocolo de Manchester dispõe de uma régua da dor, que combina diversos métodos de observação e, assim, facilita a abordagem dessa manifestação pelo enfermeiro (SILVA et al., 2013). Durante

a execução da classificação de risco por meio do sistema informatizado de triagem, diante da apresentação da régua da dor pelo software, os enfermeiros selecionavam um número na escala sem nenhum questionamento ao paciente, baseando seu julgamento em dados subjetivos do usuário, como a expressão facial. Deve-se ressaltar que a utilização desses instrumentos confere maior objetividade ao fenômeno subjetivo da dor, e são imprescindíveis na realização da classificação de risco (SILVA et al., 2013).

6.1.2.4 Privacidade nas consultas

A privacidade na realização das consultas de enfermagem é também um fator importante para promover o conforto ao usuário do serviço e é considerada um dos três eixos da diretriz de Ambiência do HumanizaSUS (BRASIL, 2004c). Segundo a diretriz, ela se refere à “proteção da intimidade do paciente que muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado” (BRASIL, 2004c). Esse aspecto foi bem classificado pelos profissionais, já que grande parte dos entrevistados afirmou “discordar completamente” que o espaço destinado às consultas não propicia privacidade aos usuários e a mesma quantidade disse “discordar” da afirmação. Dessa forma, o aspecto foi classificado como “bom”.

Outros estudos apresentaram avaliação desse item como “regular”, o que provavelmente está mais associado à estrutura propriamente dita, destinada para este fim, que à percepção dos profissionais (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d; VERSA et al., 2014). A unidade estudada conta com salas exclusivas para a realização das consultas, cujas portas ficam abertas durante o atendimento, visando agilizar a entrada e saída de pacientes; mas apesar disso, os pacientes à espera da classificação são acomodados a certa distância das salas. Sabe-se que parte dos serviços de classificação de risco nem sequer contam com consultório específico para realização das consultas de enfermagem (COSTA; CAMBIRIBA, 2010), o que além de impossibilitar qualquer privacidade ao usuário, dificulta a realização da avaliação pelo enfermeiro de forma adequada.

6.1.2.5 Acolhimento ao acompanhante

No que diz respeito ao espaço físico e o acompanhante do usuário, a maior parte dos profissionais concordou que o espaço físico não é suficiente para acolhê-lo, o que se reflete numa avaliação “regular” deste aspecto, sendo este mesmo resultado encontrado em outro estudo (VERSA et al., 2014). Um dos fatores contribuintes para esse resultado provavelmente é fato de que os consultórios da unidade possuem espaço bastante reduzido. Em função disso, só é permitida a entrada do paciente e um acompanhante na sala de classificação; ainda assim, há acomodação (uma cadeira) apenas para o usuário a ser classificado, ficando o acompanhante em pé durante a consulta. Conforme afirma a Política Nacional de Humanização, é essencial que não se garanta apenas o direito do usuário a um acompanhante, é preciso que exista estrutura física adequada para que seja acolhido, havendo mobiliário para que ele possa se sentir confortável e áreas em que ele possa relaxar (BRASIL, 2004c).

6.1.2.6 Sinalização do ambiente

Quanto à sinalização do ambiente para que os usuários cheguem à classificação de risco, grande parte dos enfermeiros concordou que ela não é suficiente, sendo assim, este aspecto recebeu avaliação “regular”. O mesmo resultado pode ser observado em outros estudos que, em análise desse aspecto, atribuíram a mesma classificação (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d; VERSA et al., 2014).

6.1.2.7 Comunicação entre a equipe

Em relação à comunicação entre a equipe de classificação de risco e os demais profissionais atuantes no setor, a maior parte dos entrevistados discordaram da afirmação de que frequentemente essa comunicação não ocorre. Apesar disso, houve concordância com o proposto por parte de outros profissionais. Assim, este item recebeu pontuação que o classificou como “bom”, resultado também observado em outros trabalhos (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d; VERSA et al., 2014). Essa pequena diferença de concordância e discordância dentro do mesmo estudo pode ser devida às características pessoais de relacionamento interpessoal dos profissionais. Em geral alguns tendem a ter mais contato com o restante da equipe do setor e, dessa forma, são trocadas informações, experiências e suporte no exercício das atividades na unidade. Uma medida que poderia proporcionar maior contato entre os diversos profissionais seria a realização de reuniões de equipe para realização de discussões sobre as características e a rotina do serviço, sob as perspectivas dos participantes.

Autores apontaram que, para grande parte dos enfermeiros responsáveis pela recepção dos usuários, o que mais dificulta a realização do acolhimento é a falta de união da própria equipe, mais referida até mesmo que a falta de recursos humanos e inadequada estrutura física (COSTA; CAMBIRIBA, 2010). Além disso, frequentemente não existe integração entre os diversos serviços da instituição para a resolução das necessidades de saúde do usuário em menor tempo (NASCIMENTO et al., 2011b), bem como há falta de conhecimento do protocolo por parte de outros profissionais do setor (SOUZA et al., 2014).

6.1.2.8 Atendimentos não emergenciais

No que se refere ao atendimento dos pacientes não graves que são recebidos no serviço, a maior parte dos enfermeiros referiu nem concordar nem discordar de que esses usuários passam pela classificação de risco. Esse item foi classificado como “regular”, diferentemente de outros estudos que tiveram avaliação para esse aspecto como “boa” (VERSA et al., 2014) ou “ótima” (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d). Esse resultado pode estar associado ao fato anteriormente citado de que o paciente que busca o serviço é muitas vezes encaminhado a outras unidades de saúde. Quando isso ocorre, em geral, é devido a duas possibilidades: o usuário busca uma especialidade que só está disponível no hospital por agendamento de consulta e não é acessada pela porta de emergência; ou o usuário apresenta uma queixa que o funcionário que o recebe antes do enfermeiro julga como de menor gravidade. No primeiro caso, o funcionário, em geral encaminha o paciente informalmente à unidade de referência para a especialidade ou ao correspondente à sua regional. No segundo cenário, ele tende a encaminhá-lo a uma unidade básica de saúde ou também a sua unidade regional. Nas duas situações o usuário deixa de ser avaliado pelo enfermeiro, o único profissional no serviço de classificação de risco com competência para tomar tais medidas (COREN-MG, 2011; COREN-SP, 2010). Entretanto, cabe ressaltar que o conceito de urgência e emergência pode ser diferente na visão de usuários e de trabalhadores da saúde (SOUZA et al., 2011).

Alguns autores referem que parte dos casos de atendimento não emergencial observados nas unidades hospitalares de emergência são os de vítimas de exclusão social, como moradores de rua (DAL PAI; LAUTERT, 2011), fato esse observado durante o período de pesquisa pela presença constante dos mesmos indivíduos diariamente na unidade, mesmo sem apresentar queixas de saúde. Também devem ser considerados os casos de usuários que

são recebidos pela classificação de risco mas se dirigiram à unidade para retornos de consulta ou realização de exames, por exemplo.

6.1.2.9 Conhecimento das condutas do Acolhimento com Classificação de Risco

Quanto ao conhecimento das condutas do Acolhimento com Classificação de Risco por outros profissionais integrantes do setor, a maior parte dos enfermeiros discordou da proposição de que isso não ocorre, sendo que o restante dos profissionais afirmou “discordar completamente” ou “nem concordar nem discordar”. Ou seja, os profissionais acreditam que as condutas são, sim, conhecidas por todos que trabalham no setor. Dessa maneira, este aspecto recebeu a avaliação “bom”, resultado também percebido em outro estudo (VERSA et al., 2014). Esse fato é importante ao se considerar que a etapa de classificação é uma parte do fluxo de atendimento do usuário e que a falta de entendimento do protocolo por outros profissionais dificulta a execução da classificação com qualidade, bem como o restante do processo de atendimento ao usuário. O HumanizaSUS indica que o protocolo de classificação de risco deve ser apropriado por toda a equipe que atua na urgência: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos, assistentes sociais e funcionários administrativos (BRASIL, 2009).

Um estudo apontou que dentre os enfermeiros entrevistados, 54,5% haviam se graduado há menos de 10 anos e nenhum deles havia recebido qualquer conteúdo relacionado à classificação de risco como parte de sua formação acadêmica. Sabendo-se que não é requisitado nenhum tipo de especialização na área para atuação na classificação de risco, é importante que esse tema seja incluído nos programas de graduação em enfermagem (SOUZA et al., 2014), para que o treinamento para as condutas de classificação não seja baseado exclusivamente na breve capacitação oferecida pela instituição na chegada do funcionário ao setor.

6.1.2.10 Relacionamento entre liderança e liderados

No tocante ao relacionamento dos funcionários com as lideranças do serviço e as tomadas de decisão, a maior parte dos entrevistados concordou que as propostas para o serviço são debatidas de forma democrática e acolhedora. Apesar disso, outra parte dos profissionais “discordou” ou “discordou totalmente” e, dessa forma, esse aspecto recebeu pontuação média de 3,42, no limiar entre “regular” e “bom” (3,5), sendo classificado como

“regular”. O mesmo resultado foi encontrado nos demais estudos na avaliação deste item (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d; VERSA et al., 2014). Como comparação, outra pesquisa constatou que 67% dos enfermeiros declararam ter relacionamento muito bom com o supervisor (COSTA; CAMBIRIBA, 2010).

6.1.2.11 Segurança transmitida ao usuário

O aspecto relacionado à contribuição dos profissionais do serviço para que o paciente se sinta seguro e confortável, recebeu avaliação bastante positiva dos enfermeiros, considerando que grande parte deles “concordou” ou “concordou completamente” que os profissionais colaboram significativamente para a percepção de segurança por parte do usuário. Dessa forma, esse aspecto foi avaliado como “bom”, havendo divergências, não extremas, em comparação a outros estudos, que o classificaram como “regular” (VERSA et al., 2014) e “ótimo” (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d).

6.1.2.12 Discussões sobre o fluxograma com a equipe

Quanto à discussão e avaliação do fluxograma de classificação pela equipe, a maior parte dos profissionais concordou que ela ocorre, levando à avaliação deste item como “bom”, resultado superior a outros encontrados na literatura, que o classificaram como “regular” (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d; VERSA et al., 2014). De forma complementar, uma pesquisa aponta que, para desenvolvimento do acolhimento na unidade, 50% dos enfermeiros relataram como maior necessidade a oferta de encontros motivacionais (COSTA; CAMBIRIBA, 2010).

Esse aspecto se torna especialmente importante quando se consideram contextos em que são utilizados protocolos institucionais. Alguns estudos citam a elaboração e avaliação de fluxogramas classificadores para instituições que não utilizam protocolos pré-estabelecidos como o Sistema de Classificação de Manchester (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b; FERNANDES; LIMA; RIBEIRO, 2012; SILVA et al., 2014). Esses protocolos se baseiam em sinais e sintomas e determinam prioridade e tempo de espera, requisitos indispensáveis para qualquer sistema de classificação. Entretanto, observa-se que o grau de concordância intra e interavaliadores em geral é maior quando se utiliza o protocolo de Manchester (SOUZA et al., 2011). Esses dados indicam ser fundamental o desenvolvimento de ferramentas para avaliar a

acurácia dos profissionais em relação aos protocolos, evidenciando as necessidades de capacitação para essa atividade (OLIVEIRA et al., 2013).

6.1.2.13 Atendimentos emergenciais

Em relação ao atendimento dos usuários por ordem de gravidade e não de chegada, a maior parte dos enfermeiros concordou totalmente que os atendimentos emergenciais têm maior prioridade que os menos complexos, sendo este cenário bem estabelecido. Sendo, assim, este item foi avaliado como ótimo, bem como observado em outro estudo (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d), e ainda assim, a menor avaliação também foi positiva, classificando esse aspecto como “bom” (VERSA et al., 2014). Um estudo sustenta que o direcionamento de pacientes para a especialidade adequada rapidamente está diretamente relacionado a melhor prognóstico da doença e proteção de efeitos colaterais ou sequelas decorrentes da queixa principal (FERNANDES; LIMA; RIBEIRO, 2012).

Autores consideram a importância de que pacientes que cheguem à unidade hospitalar por ambulância, carro de polícia ou evidente estado emergência sejam encaminhados diretamente para as salas de emergência e não tenham a obrigatoriedade de ser classificados pela enfermeira (FERNANDES; LIMA; RIBEIRO, 2012). Isso ocorre parcialmente na unidade estudada, já que de fato pacientes que chegam de ambulância ou viaturas são recebidos por meio da sala de Politraumatizados. Mas ainda assim, há casos de pacientes que se dirigem à unidade por meios próprios que, exceto aqueles com visível risco de morte, são levados à unidade de classificação. Durante o período de observação do setor, foi evidenciada uma situação em que usuário claramente grave (dor muito intensa, choro ininterrupto, impossibilidade de locomoção e relato de hematêmese) teve de aguardar pela classificação de risco, ainda que tenha sido triado antes de outros pacientes que já aguardavam.

6.1.2.14 Comunicação com o usuário nas salas de espera

No que se refere à comunicação com o usuário nas salas de espera, a maior parte dos profissionais concordou com a afirmação de que os pacientes com classificação referente a casos menos complexos e seus acompanhantes são informados sobre o tempo de espera para atendimento médico. A avaliação deste item foi “bom”. Outros estudos apresentaram dados divergentes, tendo um avaliado o item como “ótimo” (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d) e outro como “regular” (VERSA et al., 2014). A diferença entre os resultados dos três

estudos certamente está associada às particularidades de cada local de pesquisa. Na unidade estudada pode-se entender que há melhor comunicação entre a equipe de classificação de risco e os usuários do serviço, e que dessa forma, as informações repassadas são mais completas. Este é um item importante, considerando-se que o grande fluxo de usuários nessas unidades em geral leva à demora no atendimento e, conseqüentemente, à ansiedade dos pacientes que aguardam atendimento. Em grande parte isso ocorre porque o usuário não sabe quando será atendido e quanto tempo permanecerá na instituição e, por considerar que seu caso merece atenção imediata, tende a ficar mais apreensivo em relação ao serviço.

6.1.2.15 Capacitação ao atendimento

Quanto à capacitação dos profissionais ao atendimento, a maioria dos entrevistados concordou que os enfermeiros da unidade estão preparados para atender os usuários de forma acolhedora e humana. Dessa forma, esse item foi avaliado como “bom”, igual ou próximo a estudos em que esse aspecto foi considerado “bom” (VERSA et al., 2014) e “ótimo” (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d). Autores observaram que, para 42% dos enfermeiros, a existência de profissionais capacitados é o aspecto mais necessário para realizar o acolhimento (COSTA; CAMBIRIBA, 2010). Segundo estudo, entre as habilidades essenciais para enfermeiros que atuam na classificação de risco está a escuta qualificada, essencial no processo de acolhimento, além da avaliação, registro correto e detalhado da queixa principal, trabalho em equipe, raciocínio clínico e conhecimento sobre a rede de contrarreferência (SOUZA et al., 2011).

6.1.2.16 Humanização do atendimento

No tocante à humanização do atendimento, a maioria dos entrevistados discorda de que a humanização do atendimento não se faz presente em todo processo de atenção ao usuário. Em contrapartida, uma porção menor, mas ainda significativa, concorda com a afirmação. Em função dessas respostas, o aspecto em questão foi considerado “regular”, em convergência com outro estudo (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d), mas inferior ao observado em outro trabalho, que considerou o item “bom” (VERSA et al., 2014). Esse resultado pode estar associado a alguns fatores. Um deles é avaliação que cada profissional faz da própria atuação, alguns considerando que atendem com mais preocupação em relação ao acolhimento e humanização, outros, conscientes de que têm certo descuido no tocante a

este aspecto. Outra perspectiva é de que alguns profissionais apresentam análise mais crítica a respeito do funcionamento e contexto do serviço (sendo esta a minoria), enquanto outros possuem uma visão mais simplista e associam a teoria do “Acolhimento com Classificação de Risco” como sendo o que de fato ocorre em contextos reais.

Um estudo indicou que 83% dos enfermeiros relataram conversar com os pacientes e escutar com atenção o que eles têm a relatar no momento em que chegam à unidade, enquanto outros 16,6% assumiram que não conversam ou ouvem o usuário porque o tempo não é suficiente (COSTA; CAMBIRIBA, 2010).

Outro trabalho apontou que a maior parte dos profissionais que atuavam na classificação de risco via o Acolhimento pela perspectiva da Classificação de Risco, ou seja, apenas pela priorização de atendimentos (ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012). Além disso, como notado também em outra pesquisa, a maioria dos enfermeiros desconhecia completamente a Política Nacional de Humanização ou conheciam apenas parcialmente, apresentando notória insegurança ao falar a respeito dela (LIMA NETO et al., 2013b; ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012).

6.1.2.17 Integração entre a equipe de saúde

No que concerne à atuação integrada da equipe multiprofissional, a maior parte dos funcionários entrevistados considerou que ela é efetiva e contribui positivamente com as necessidades dos usuários. Esse foi um ponto avaliado como “bom”, sendo este o mesmo resultado encontrado na literatura para avaliação deste aspecto (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d; VERSA et al., 2014).

Um trabalho sugere que o empoderamento da Enfermagem é fundamental para a valorização da equipe, pelos próprios profissionais e pelos pacientes; e que os enfermeiros ressaltam a relevância da atuação em equipe na realização do acolhimento, como no momento de orientação na chegada dos usuários ao serviço (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013). Outro aponta a importância das discussões (a respeito das prioridades) entre os profissionais, já que aqueles com mais experiência demonstram mais segurança no momento de decisão perante os mais inexperientes (ANDERSSON; OMBERG; SVEDLUNG, 2006).

A esse respeito, outro aspecto que deve ser ressaltado é o conhecimento do protocolo de classificação por parte de outros profissionais, inclusive de outras categorias, o que é um fator dificultador para a boa execução do processo. Em alguns casos, essa falta de

conhecimento pode causar descrença no método utilizado para organizar o serviço (SOUZA et al., 2014).

6.1.2.18 Reavaliação dos casos em espera

Um aspecto muito importante a ser considerado, especialmente se tratando da atuação no Sistema de Triage de Manchester, é a reavaliação de casos em espera. Sabe-se que mesmo casos classificados com cores indicativas de menor gravidade podem se agravar durante o tempo de espera e, dessa forma, é importante que o usuário seja acompanhado durante esse período de modo a se evitar agravamentos com consequências graves. No Protocolo de Manchester em especial, há a indicação de que essa reavaliação seja executada de maneira contínua e, caso haja a necessidade, o paciente pode ser reclassificado, de modo a se buscar a fidedignidade da sua avaliação. No tocante a esse item, ele foi avaliado como “regular” pelos entrevistados, já que a maior parte deles não manifestou concordância nem discordância, e a pontuação média encontrada ter se aproximado do limiar entre a avaliação “regular” e a “boa”. Durante o período de observação, pôde-se notar que os enfermeiros se detêm à realização da classificação no consultório de enfermagem e não há qualquer reavaliação dos pacientes em espera para consulta médica, a menos que haja complicação grave e agitação de outros pacientes. É essencial lembrar que, além de visar evitar piora do estado de saúde do usuário, a reavaliação também é importante no manejo de manifestações como a dor. Dessa forma, a sala de espera deve ser considerada uma área clínica (COUTINHO, 2012). A cartilha “Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência” sugere inclusive que a cor de classificação seja registrada na ficha de atendimento e não no paciente (como em pulseiras), para que a avaliação possa ser refeita durante o tempo de espera (BRASIL, 2009).

6.1.2.19 Classificação de risco

Quando se trata da efetividade da Classificação de Risco em priorizar os pacientes graves para o atendimento, todos os enfermeiros discordaram da afirmação de que isso não ocorre, atribuindo a este aspecto a classificação de “ótimo”, resultado semelhante a outros estudos que também o consideraram “ótimo” (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d) ou “bom” (VERSA et al., 2014).

6.1.2.20 Encaminhamento de contrarreferência

Um ponto importante, quando se trata da superlotação observada nos serviços de emergência e o atendimento a casos menos graves não necessariamente indicados a essas unidades, é a questão da contrarreferência. Neste tocante, a maior parte dos entrevistados discordou da afirmação de que os casos de baixa complexidade não são encaminhados à rede básica de saúde. Dessa forma, este ponto foi considerado como “bom”, diferentemente de outros estudos que o classificaram como “regular” ou “precário” (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d, VERSA et al., 2014). Ainda assim, um aspecto que não pode deixar de ser avaliado é o fato de que o encaminhamento para outras unidades não é garantia de que o paciente será abarcado em outro serviço. Dessa forma, mais importante que o encaminhamento em si, é existência de uma rede de referência e contrarreferência efetiva que receba o usuário adequadamente e atenda às suas necessidades (SOUZA et al., 2014).

Na unidade estudada, muitos pacientes eram encaminhados a outros serviços antes mesmo de passar pela classificação de risco e assim, o encaminhamento era um gerador de grande stress. Diante deste achado e do de outros estudos, é possível inferir que se faz necessário o esclarecimento da população quanto à finalidade do atendimento dos serviços de urgência, atenuando, desta forma, a superlotação dos mesmos (SILVA et al., 2013).

6.1.2.21 Satisfação com os resultados do Acolhimento com Classificação de Risco

De maneira geral, em relação ao Acolhimento com Classificação de Risco, a maior parte dos enfermeiros entrevistados manifestou satisfação com a implantação do serviço no atendimento. Ainda assim, parte manifestou discordância total, levando a uma avaliação “regular” deste aspecto. Outros estudos apresentaram avaliações mais positivas, classificando este ponto como “bom” (VERSA et al., 2014) ou “ótimo” (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d). Pode-se observar, a partir da análise de outros itens que, apesar da boa avaliação de vários aspectos, os profissionais acreditam que ainda há mudanças a serem realizadas de modo a aprimorar a qualidade do atendimento fornecido e da estrutura de avaliação e classificação de risco.

Um estudo apontou que 54,5% dos enfermeiros da unidade consideravam a classificação de risco como um instrumento de gerenciamento de trabalho, dando suporte às condutas clínicas e administrativas, e que garantia valorização e reconhecimento por parte de seus colegas e usuários, por permitir maior aproximação entre profissional e paciente nos

serviços de emergência (SOUZA et al., 2014). O mesmo trabalho observou que a classificação de risco proporciona autonomia aos enfermeiros, já que eles podem identificar o resultado imediato de seu trabalho, servindo de reguladores das portas de entrada da unidade (SOUZA et al., 2014).

6.1.2.22 Avaliação das dimensões donabedianas

Em relação à avaliação das dimensões de Estrutura, Processo e Resultado abordadas na pesquisa, outro estudo também realizou esta análise por meio do mesmo instrumento (VITURI et al., 2013).

As dimensões donabedianas, adotadas no instrumento de avaliação do serviço pelos profissionais, consistem nas citadas Estrutura, Processo e Resultado, e são utilizadas para avaliação da qualidade do cuidado na prática clínica. A primeira inclui todos os fatores que afetam o contexto no qual o cuidado é ofertado. Inclui estrutura física, equipamentos, recursos humanos, bem como características organizacionais como treinamento e pagamento de pessoal (DONABEDIAN, 2003). O Processo corresponde ao conjunto de ações que constituem o cuidado em saúde. Normalmente incluem diagnóstico, tratamento, cuidado preventivo e educação aos usuários e familiares. Está relacionado aos processos técnicos e interpessoais de como o cuidado é prestado (DONABEDIAN, 1980). Por sua vez, o Resultado contém todos os efeitos dos cuidados de saúde nos pacientes ou populações, incluindo mudanças no estado de saúde, comportamento, conhecimento, bem como a satisfação dos pacientes e qualidade de vida (DONABEDIAN, 1980).

No que se refere à estrutura da unidade analisada, a maior parte dos entrevistados a classificou como “regular”. Um estudo apresentou mesmo resultado (VERSA et al., 2014), enquanto outros apresentaram avaliações “boa” (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d) e “precária” (VITURI et al., 2013). Nesta categoria, o item melhor avaliado foi o referente à “privacidade nas consultas”, considerado “bom”, e o item com menor pontuação foi o relativo ao “conforto ao usuário e acompanhante”, avaliado como “regular”.

Quanto ao Processo, a média das pontuações atribuídas a esta dimensão a classificou como “boa”. Em um estudo pôde-se observar o mesmo resultado (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d), porém, em outros trabalhos essa dimensão recebeu menor avaliação, como “regular” (VERSA et al., 2014) e “precária” (VITURI et al., 2013). Em relação a essa dimensão, o aspecto com melhor pontuação foi o que trata de “atendimentos emergenciais”,

que recebeu classificação “ótima”, enquanto o pior avaliado foi o referente às “discussões sobre o fluxograma com a equipe”, com avaliação “regular”.

No que se trata da dimensão Resultado, a avaliação a considerou como “boa”, já que em geral os enfermeiros a consideraram “boa” ou “ótima”. Outros trabalhos obtiveram resultados iguais (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d; VERSA et al., 2014), enquanto um terceiro apresentou avaliação bem inferior, como “precário” (VITURI et al., 2013). O item melhor avaliado nesta dimensão foi o que trata da “[execução da] classificação de risco”, com pontuação máxima de 5, avaliado como “ótimo”, em contrapartida, o que apresentou menor pontuação foi o referente à “satisfação com os resultados do Acolhimento com Classificação de Risco”, considerado “regular”.

Dessa forma, é importante observar que nenhum item, e conseqüentemente nenhuma dimensão, recebeu avaliação “precária”, como ocorreu em outros estudos (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d; VITURI et al., 2013).

6.1.2.23 Avaliação final do Acolhimento com Classificação de Risco

Em relação ao resultado de avaliação da pontuação final do instrumento, como “bom”, houve concordância com resultados de outros trabalhos (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012d; VERSA et al., 2014), apesar da diferença observada em outro, que apresentou avaliação precária em todas as dimensões e, como consequência, também na avaliação final (VITURI et al., 2013).

Outro estudo, em análise do setor de emergência por parte dos profissionais, apresentou satisfação em relação ao trabalho como um todo, abordando o relacionamento interpessoal, capacidade do profissional de se sentir bem sucedido ao término de suas tarefas, e a estrutura político-organizacional da instituição (CARVALHO; LOPES, 2006).

6.2 EIXOS 2 E 3 – USUÁRIOS

No que se refere aos pacientes, os dados relativos a caracterização e atendimento foram obtidos por meio de duas amostras diferentes. A Amostra 2 constituiu-se de 180 pacientes que foram incluídos a partir do contato direto, de forma sistemática, e preenchimento de questionário a respeito do perfil, dados do atendimento e avaliação do serviço. Devido à forma da coleta presencial não ser representativa do mês como um todo, foi

utilizada a Amostra 3, visando a redução deste viés. Na Amostra 3, foram incluídos outros 169 usuários analisados apenas por meio do sistema de informação e, dessa forma, para este grupo não consta dados de avaliação do serviço. A discussão dos resultados observados em ambas as amostras, sendo estes alguns dados de perfil e atendimento, será apresentada em conjunto. A Amostra 1, já descrita, se refere aos profissionais do serviço analisado.

6.2.1 Caracterização dos usuários

Em relação ao perfil dos usuários estudados na Amostra 2, aos quais foram aplicados questionários, foram encontrados predominantemente pacientes do sexo masculino; resultado similar ao observado na Amostra 3. Esses dados se aproximam de outros trabalhos que apresentam proporção de sexo semelhante (FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR; CAVALCANTI, 2004; GUEDES et al., 2014; MORAIS; MELLEIRO, 2013; SELEGHIM et al., 2010, 2013). Apesar disso, esses dados divergem na literatura, sendo observados serviços com prevalência de pacientes do sexo feminino (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013; OLIVEIRA et al., 2011; SILVA et al., 2013; SOUZA et al., 2011).

Essa diferença de dados pode ser atribuída às próprias diferenças regionais dos locais de estudo, como o perfil socioeconômico da população masculina em comparação à feminina; o nível de escolaridade observado em cada sexo; a procedência dos usuários dos serviços; o turno de coleta de dados nas pesquisas, considerando que há mais mulheres que homens que cuidam de casa exclusivamente e, desta forma, há maior frequência de homens durante a noite e mulheres durante o dia; entre outros fatores.

Em ambas as amostras, a faixa etária com maior frequência em atendimento foi entre 30 e 59 anos, seguida pela faixa de 18 a 30 anos, sendo a menos frequente a de 10 a 18 anos; e as médias de idade de 40 e 36,1 anos. A comparação com outros dados da literatura é um tanto dificultada, já que cada estudo apresenta categorizações diferentes para esta variável e nem todos apresentam os valores mínimo, máximo e média. Outros trabalhos obtiveram dados similares, com média de idade entre 39,32 e 43,85 anos, e mínimo de idade de 5 dias a 94 anos (GUEDES et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2011; SOUZA et al., 2011).

No que se refere à escolaridade, os dados da Amostra 2 apontaram que a maior parte dos usuários possuía ensino médio completo, seguido por ensino fundamental incompleto, sendo analfabetismo o segundo nível de estudo menos frequente. De forma análoga, um trabalho apresentou 37% de pacientes com segundo grau completo e 29,1% com primeiro

grau incompleto (COSTA; CAMBIRIBA, 2010). Outro estudo ainda observou 42,7% de usuários com mais de 10 anos de estudo (correspondente a, no mínimo, ensino fundamental completo), 46,1% com tempo de estudo menor ou igual a 10 anos (equivalente a ensino fundamental incompleto) e 11,2% que não estudaram (analfabetos) (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

No que se trata da ocupação dos sujeitos entrevistados na Amostra 2, a considerável maioria deles afirmou ser empregada ou autônoma, seguida de estudantes, aposentados e desempregados. Esse resultado foi superior em qualidade quando comparado ao de pesquisa realizada em Fortaleza, Ceará, que percebeu menor número de empregados/autônomos (64,2%), de estudantes (8,9%) e de aposentados (8,9%), além de número bastante superior de desempregados (18%): 16,33% a mais (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013). Esse dado reflete o maior acesso à educação básica e aumento do nível de escolaridade da população atendida na unidade de saúde, especialmente no âmbito do Distrito Federal.

A respeito da procedência dos pacientes, a Amostra 2 apresentou a maior parte deles oriunda do Guará, seguido pelo Recanto das Emas, Ceilândia e Planaltina, Samambaia, Riacho Fundo, Santa Maria e Taguatinga. Na Amostra 3 foram encontrados pacientes vindos principalmente da Ceilândia, seguida pelo Guará, Samambaia e Taguatinga. Dessa forma, nota-se que entre as oito primeiras regionais com maior frequência nas duas amostras, as regiões Guará, Ceilândia, Samambaia e Taguatinga coincidem como origem de grande parte dos usuários que procuram o serviço analisado. Uma pesquisa observou que 12,6% dos usuários residem em 26 outras regiões que não as de abrangência pelo serviço em que procuraram atendimento (GUEDES et al., 2014). Outro trabalho concluiu que 25,2% dos pacientes atendidos em um município eram procedentes de outros (OLIVEIRA et al., 2011).

O Hospital de Base do Distrito Federal é referência em trauma e cirurgias para o Distrito Federal e entorno, sudoeste de Minas Gerais, norte e nordeste de Goiás e sudoeste da Bahia, uma área de abrangência consideravelmente grande, já que é um hospital de gestão estadual.

Porém, é importante analisar que as áreas citadas como procedência de maior parte dos usuários possuem suas próprias regionais de saúde e, ainda assim, o Hospital de Base é acessado por demanda espontânea para outras especialidades que não as de referência (trauma e cirurgia). A região do Guará possui o Hospital Regional do Guará – HRGu, referência para geriatria, além de três Centros de Saúde, CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) e outros dois Postos de Saúde. A regional da Ceilândia constitui-se do Hospital

Regional da Ceilândia – HRC, tendo como unidades vinculadas 12 Centros de Saúde, duas Unidades Básicas de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA, entre outros serviços. A região de Samambaia conta com o Hospital Regional de Samambaia – HRSam, além de uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA, quatro Centros de Saúde, quatro Clínicas da Família e dois CAPS AD. E Taguatinga, por sua vez, possui o Hospital Regional de Taguatinga – HRT, além de quatro Centros de Saúde, quatro Clínicas da Família, três Unidades Básicas de Saúde e dois CAPS (um para transtornos mentais e um álcool e drogas) (SES, 2015).

Um dos fatores que propicia esse contexto provavelmente é a insuficiência e ineficácia na oferta de saúde pelos serviços de atenção básica (AZEVEDO; BARBOSA, 2007; DAL PAI; LAUTERT, 2011) e mesmo dos Hospitais Regionais de referência para cada região. Além disso, é notável a atribuição de maior legitimidade desses serviços de alta complexidade perante a população, em função de diversos fatores, como a maior oferta de recursos tecnológicos, confiança nos profissionais, segurança quanto à qualidade da assistência prestada, satisfação com o atendimento e acessibilidade geográfica (AZEVEDO et al., 2010).

Cabe ressaltar que durante a pesquisa para redação desta discussão houve dificuldade em encontrar certos dados a respeito das regionais do Distrito Federal e as unidades de saúde de referência. A Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal possui um domínio online (SESDF, 2015) no qual as regionais são listadas e apresentadas, mas não há uma descrição clara das áreas de abrangência delas. Sendo assim, pode-se considerar que a dificuldade de acesso a essas informações por parte da população é ainda maior, ou seja, outra razão para o cenário descrito é o próprio desconhecimento da população acerca da rede de referência para o atendimento em saúde.

6.2.2 Dados relativos ao atendimento

Quanto aos dados de atendimento dos usuários na instituição, a Amostra 3 foi utilizada para análise dos dados de data de atendimento (semana do mês), dia da semana, turno do dia e porta de entrada para atendimento (unidade de Classificação de Risco ou de Politraumatizados), pela sua amostra ser aleatória em relação ao mês completo, enquanto a Amostra 2 comporta apenas duas semanas e sem distribuição aleatória da amostra. O dado do motivo de direcionamento à unidade pode ser observado apenas na Amostra 2, já que foi coletado pessoalmente.

Durante o mês, o maior número de atendimentos ocorreu na segunda semana, seguida pela quarta semana, a terceira e a primeira, com os três dias excedentes do mês correspondendo a 4,1% dos atendimentos. Acredita-se que não há um padrão específico de fluxo de pacientes ao longo do mês, não tendo sido encontradas outras pesquisas com esse tipo de dado, e já que não há grande diferença quando comparadas as semanas.

Em relação ao fluxo semanal de pacientes, em ambas as amostras quinta-feira é o segundo dia em maior número de atendimentos, quarta-feira o terceiro e sábado o com menor fluxo. Apesar disso, a semana em geral apresenta uma distribuição equilibrada de procura ao serviço e a Amostra 3, como previsto, apresentou maior semelhança com outro trabalho, que obteve resultado semelhante, com queda contínua do número de atendimentos entre segunda-feira e domingo (OLIVEIRA et al., 2011).

No que se refere ao número de usuários atendidos em relação aos turnos do dia, na Amostra 2 foi observada maior frequência durante a manhã, seguida pela tarde, noite, e por último a madrugada. De forma parcialmente similar, na Amostra 3 o maior número de atendimentos ocorreu durante a tarde, seguida pela manhã, noite e madrugada. Os resultados encontrados convergem com os de trabalho que apresentou maior fluxo pelo turno manhã (45%), seguido pelo da tarde (34%), noite (17%) e madrugada (3%) (OLIVEIRA et al., 2011). A distribuição da procura por atendimento durante o dia pode ser explicada pela maior facilidade de acesso aos serviços neste turno, por conta do deslocamento, já que muitos dos usuários procedem de regiões distantes, pela escala de maior número de profissionais em atendimento nesses horários, pelo funcionamento de serviços como os ambulatoriais, entre outros fatores. A madrugada é o turno em que há maior dificuldade em relação aos aspectos apontados.

No sistema de informação utilizado para coleta de dados havia falta de uma grande quantidade de registros, especialmente os relacionados ao meio de transporte para chegada à instituição. Na Amostra 2 foram encontrados apenas 6 registros, dos quais cinco eram referentes a “carro particular”, um a “ambulância”. Na Amostra 3 foram encontradas anotações de 43 pacientes, dos quais a maior parte haveria chegado em “carro particular”, seguido por “ambulância”, carro de “Corpo de Bombeiros”, “SAMU” e “meios próprios”. Cabe-se ressaltar que não é conhecido o critério para discriminação de “ambulância” ou “SAMU” (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), e se “ambulância” refere-se apenas a ambulâncias de outros serviços que não do SAMU, por exemplo, ou se os termos foram atribuídos de forma diferente pelos profissionais que realizaram os registros. Esse achado

reforça a evidência da procura do serviço por demanda espontânea, considerando-se a referência da unidade para trauma e cirurgia, ou seja, pacientes graves que em geral chegam ao serviço por transporte de emergência. Os resultados demonstraram que, como esperado, “carro particular” está relacionado a casos menos graves quando comparado a “Corpo de Bombeiros”, “SAMU” e “ambulância”, progressivamente nessa ordem.

Na Amostra 3, que incluía as portas de entrada da Classificação de Risco e da ala de Politraumatizados, também pôde se observar que a maior parte dos pacientes passaram pela Classificação de Risco e a menor entrava diretamente via Politraumatizados. Notou-se que a maior frequência de entrada via Politraumatizados se deu no domingo seguido por segunda-feira, sexta-feira, quinta-feira e sábado. A maior frequência nestes dias pode ser atribuída a acidentes de trânsito ou outras circunstâncias violentas, que são mais comuns nestes dias, conforme observado em dados muito similares de outro estudo que também apresentou mesmas frequências (ABREU et al., 2010).

Um dado relevante obtido na Amostra 2 foi o motivo do usuário para direcionamento à instituição de saúde. Dos 180 pacientes questionados, a maior parte referiu ter se dirigido à instituição por demanda espontânea, sem a passagem prévia por outra unidade de saúde. Outros afirmaram terem sido encaminhados formalmente por outro serviço pelo qual passaram anteriormente ou relataram terem procurado serviços de atenção básica, tais como UPA (Unidades de Pronto Atendimento), UBS (Unidades Básicas de Saúde), Centros de Saúde, Postos de Saúde, ou até mesmo os Hospitais Regionais que abrangem suas moradias. Um estudo mostrou resultado ainda mais evidente: 95,35% dos pacientes que procuraram o serviço pesquisado se dirigiram a ele espontaneamente, fato atribuído pelos autores à falta de orientação dos usuários; e que deve se buscar a inversão desse fluxo (OLIVEIRA et al., 2011). Outra pesquisa sugere que alguns serviços, apesar de disporem de recursos, não os tornam acessíveis, e dessa forma eles acabam não sendo utilizados (AZEVEDO; BARBOSA, 2007). Como consequência, frequentemente o comprometimento da qualidade do atendimento aos usuários é atribuído à carência de profissionais (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

Foi observada associação significativa na Amostra 2 entre motivo de direcionamento à unidade os e as variáveis especialidade de atendimento e desfecho. Em relação à especialidade, é possível observar que a maior parte dos atendimentos em áreas mais complexas, como cirurgia vascular, neurocirurgia e neurologia, são relacionados a pacientes encaminhados, enquanto os pacientes que chegam sem encaminhamento e sem a procura prévia de outro serviço estão associados a especialidades menos complexas. Da mesma forma,

em relação ao desfecho, pode-se depreender que pacientes que recebem alta ou são encaminhados a outros serviços são aqueles que se dirigiram ao serviço por demanda espontânea, enquanto a maior parte dos que são internados foram encaminhados de outras unidades. Esse dado mostra que grande parte dos usuários que utilizam o serviço como porta de entrada tem problemas menos complexos e/ou podem ser atendidos em outras unidades de saúde. Em comparação, se considerados mais graves os pacientes que foram internados, a maior parte deles chegou a este serviço de alta complexidade por encaminhamento formal, adequado à sua condição.

Uma das informações mais relevantes ao se analisar o perfil de atendimento da unidade é a classificação atribuída aos usuários que passam pela avaliação de risco. Na Amostra 2, a distribuição das cores de classificação se deu da seguinte forma: a maior parte dos pacientes que buscaram atendimento foi classificada com a cor verde, referente a casos pouco complexos. Em seguida foram observados aqueles classificados com a cor amarela, laranja, azul, branco e vermelho.

Deve se recordar que a Amostra 2 constitui-se de usuários que foram abordados na unidade e convidados a participar da pesquisa e, dessa forma, o acesso era dificultado para pacientes mais graves, que apresentavam dor, ansiedade ou que não chegavam a ser recebidos na Classificação de Risco, e acessavam o serviço pela ala de Politraumatizados. Essa observação explica o fato de, em geral, a frequência de usuários ter sido inversamente proporcional à gravidade atribuída a cada cor de classificação. De forma a reduzir este viés, foi utilizada a Amostra 3, formada por pacientes selecionados aleatoriamente pelo sistema de informação, de modo a incluir os pacientes recebidos no serviço pela ala de Politraumatizados bem como aqueles que provavelmente não se dispunham a responder o questionário aplicado.

Sendo assim, a Amostra 3 apresentou maior número de pacientes classificados com cor amarela, seguida pelas cores verde, laranja, vermelho e azul. Nesta amostra foram excluídos os pacientes classificados com a cor branca. De acordo com esses resultados, depreende-se que a maior procura pelo serviço é de pacientes com risco real de agravamento de sua condição de saúde, seguido daqueles casos pouco complexos que utilizam a emergência como porta de entrada do serviço. Esses dados podem ser melhor interpretados quando comparados a outros contextos, como os apresentados em pesquisas que evidenciaram maior número de pacientes classificados com a cor verde, seguida pelas cores amarela e laranja, tendo por último a cor azul ou vermelha (GUEDES et al., 2014; SILVA et al., 2013;

SOUZA et al., 2012). Outro estudo também apresentou maior frequência de classificações na cor verde, e menor na cor vermelha (FERNANDES; LIMA; RIBEIRO, 2012).

Pode-se depreender que, se por um lado o direcionamento à instituição é correto na medida em que a maior parte dos pacientes é potencialmente grave, por outro, a demanda de pacientes classificados na cor vermelha, a que se relaciona a referência do hospital em trauma e cirurgia, é muito inferior às outras. Ainda assim, a ocorrência da cor verde é bastante frequente, como observado em outros estudos, diferindo pouco em comparação à cor amarela. De maneira geral, permanece bem estabelecido que a maior busca por atendimento em unidade de grande complexidade ocorre por parte de população cuja complexidade do estado de saúde deveria levá-la a atendimento na atenção básica.

Deve-se ainda lembrar que a cor branca corresponde a consultas de retorno, realização de exames, ou outros procedimentos os quais não se adequam as cores classificatórias de risco, o que reflete a desarticulação do hospital com a rede de saúde (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

Foi observado na Amostra 3 que nas cores verde, amarela, e laranja há maior frequência de pacientes adultos e idosos. No caso da cor vermelha, ela é mais frequente em relação a pacientes adolescentes. Esses resultados provavelmente estão associados às causas de hospitalização, nos indivíduos mais velhos geralmente associadas a problemas crônicos, e em jovens, a traumas e acidentes.

Também foi observada, na Amostra 2, associação entre a cor de classificação e o dia de atendimento na semana, sendo possível observar que, mesmo presente em toda a semana, a cor verde é mais frequente na quarta-feira, assim como a amarela, também apesar de bem distribuída ao longo da semana. A cor laranja é mais observada nas quintas-feiras, e a vermelha nos sábados e segundas-feiras, dias associados a atendimentos mais graves.

Pela associação observada em relação à cor da classificação e o turno de atendimento na Amostra 2, percebe-se que a maior parte dos pacientes atendidos durante a madrugada foi classificada como amarelo, o que provavelmente está associado ao fato de que esse tipo de paciente prefere esperar até o dia seguinte para buscar atendimento. Em relação aos pacientes atendidos pela manhã, a maioria é classificada como verde, da mesma forma como observado durante a tarde, considerando que esses turnos são aqueles com maior fluxo de pacientes e, portanto, incluem mais usuários classificados nesta cor, a mais frequente no geral. O turno da noite repete o padrão da madrugada, já que, da mesma forma, tem a cor amarela como mais frequente entre os usuários.

Após a classificação do paciente, o próprio enfermeiro o encaminha à especialidade de atendimento médica adequada. Na Amostra 2, pela abordagem presencial dos pacientes, apresentou um número reduzido de usuários em determinadas especialidades, em comparação à Amostra 3, já que nem todas elas são acessadas via Classificação de Risco. Dessa forma, entre as cinco especialidades mais procuradas, em ambas as amostras estão: ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia e urologia. Esse fato se justifica porque essas são especialidades que atendem de “porta aberta”, isto é, aceitam pacientes que não necessariamente foram encaminhados formalmente, já que não são encontradas em todas as unidades de atenção básica.

Pela associação entre especialidade e idade dos usuários, pode ser destacado que: a busca pela especialidade de cardiologia aumenta proporcionalmente à idade dos indivíduos, o que se associa com o desenvolvimento de agravos cardíacos com o envelhecimento, da mesma forma ocorre em relação à urologia; cirurgia vascular e neurologia estão mais associadas a pacientes adultos, a partir dos 30 anos, já que também pode estar relacionada a problemas aumentados com envelhecimento, como alto colesterol e hipertensão; a clínica médica é mais procurada por adultos, especialmente porque a unidade se destina especialmente a pacientes com doenças crônicas ou outras como câncer; e especialidades como oftalmologia, ortopedia e otorrinolaringologia são frequentes em todas as faixas etárias.

Quanto às queixas apresentadas no momento do atendimento médico, constam entre as primeiras de ambas as amostras otalgia/hipoacusia/otorreia, lombalgia, hiperemia/prurido ocular, corpo estranho em orofaringe/cavidade nasal/conducto auditivo, entorse de punho/joelho/tornozelo, trauma em membro, traumatismo crânio-encefálico, dor articular e cefaleia. De forma equivalente, outras pesquisas apresentam entre suas queixas mais frequentes lombalgia, problemas em ouvidos, problemas nasais e cefaleia (OLIVEIRA et al., 2011; SOUZA et al., 2012).

Deve-se observar que as queixas mais frequentes estão diretamente associadas com as especialidades oferecidas na instituição, e a relação entre a oferta e a demanda, conforme discutido a respeito do acesso à unidade como porta de entrada.

Ainda assim, é importante considerar que o sistema de informação utilizado na pesquisa não fornece as informações relativas às queixas apresentadas pelos usuários no momento da classificação de risco, apenas as registradas pelo médico, posteriormente, após a consulta. Dessa forma, no consultório médico o paciente pode apresentar queixa mais branda

que a relatada na classificação de risco, muitas vezes por acreditar que se sua situação for considerada mais grave ele será atendido mais rapidamente.

Observando-se a relação entre queixa e tempo de permanência na Amostra 3, notou-se que queixas mais simples estavam associadas a menor tempo de permanência na unidade, e queixas mais complexas a maior período de permanência. Esses resultados podem ser atribuídos à gravidade dos casos e necessidade de procedimentos e exames na unidade. Deve-se notar que a diferença na quantidade de pacientes por queixa é variável, o que influencia na amplitude do valor para avaliação das médias.

Dentre os diagnósticos atribuídos aos usuários por meio da consulta médica, se destacam em ambas as amostras otites em geral, cerume, entorse de punho, joelho ou tornozelo e conjuntivites em geral, resultados diretamente relacionados às queixas e especialidades de atendimento. Porém, é importante destacar que a maior parte dos pacientes teve seus exames realizados com resultados sem alterações ou ficou com diagnóstico indefinido (26,81% dos usuários na Amostra 2 e 22,5% na Amostra 3). Este fato pode estar associado à falta de dados clínicos e laboratoriais para determinação dos diagnósticos ou mesmo à ausência de real problema de saúde: outro dado que ressalta a importância dos serviços de atenção básica na filtragem desses casos. Também foi observada diferença significativa entre os diagnósticos em relação ao período de permanência.

O sistema de informação da instituição não oferece registros do período entre a classificação do usuário na consulta de enfermagem até o atendimento médico. Dessa forma, como meio de se obter dado semelhante, foi analisado o tempo de permanência de cada paciente acompanhado no estudo. O tempo médio dos usuários na instituição, para a Amostra 2 foi de 8,15 horas, enquanto para a Amostra 3 foi de 11,28 horas. Para essa comparação, é importante considerar que pela característica da amostragem, a Amostra 3 apresenta muito mais pacientes internados, até mesmo porque, como já visto, a Amostra 2 apresenta muito mais pacientes classificados com a cor verde. Quando se analisa o tempo de permanência daqueles que receberam alta, dado mais importante para a análise em questão, observa-se 3,19 horas na Amostra 2, e 6,12 horas na Amostra 3. O maior tempo de permanência observado na unidade pelos usuários da Amostra 3 provavelmente está relacionado à maior quantidade de pacientes com maior nível de prioridade, que, em geral, aumenta a demanda por exames, fazendo com que o paciente permaneça mais tempo na instituição.

Relacionando-se os tempos de permanência dos usuários da Amostra 2 às cores de classificação, observa-se que o paciente classificado com a cor vermelha permaneceu menos

tempo na instituição (média de 18 minutos) e, dessa forma poderia se inferir que pacientes com essa classificação são atendidos de fato mais rapidamente que aqueles com outros graus de prioridade, caso a amostra fosse consideravelmente representativa. Além disso, sabendo que esses 18 minutos incluem o período entre a chegada e a alta, o paciente não apresentava alta gravidade real, já que recebeu alta rapidamente (não se considerando que ele tenha sido encaminhado). Os usuários aos quais foi atribuída a cor branca foram os que permaneceram por maior período até o momento da alta (65 horas). Analisando o número médio muito elevado de horas gastas por aqueles classificados com essa cor, acredita-se que não foi corretamente realizado o registro de sua saída da instituição, já que eles procuram o serviço em geral para retornos de consulta e exames, por exemplo, como já citado. Os pacientes classificados com as seguintes cores tiveram duração de permanência intermediária: verde (4,82 horas), amarela (11,8 horas), laranja (2,53 horas) e azul (2,77 horas). O longo tempo atribuído à cor amarela provavelmente está relacionado à maior frequência de internações neste grupo. Na classificação verde, em comparação às restantes, a espera é mais longa em função do nível de prioridade.

Realizando-se a mesma análise com a Amostra 3, nota-se que a cor verde apresentou menor tempo de permanência (3,9 horas), seguida pela laranja (8,91 horas), vermelha (11,56 horas), amarela (18,45 horas) e azul (24,05 horas). Como avaliado anteriormente, o maior tempo de permanência de pacientes classificados com cores de maior prioridade provavelmente está relacionado à consequente internação de parte dos pacientes, gerada pelo nível de gravidade deles. Aos casos azuis, que provavelmente não foram internados, atribui-se o resultado a falta de registro da saída destes usuários do serviço, por exemplo, por desistência do atendimento. Além disso, pelo teste estatístico não se verificou diferença significativa entre tempo de permanência e cor da classificação.

Considerada a análise realizada a respeito do tempo de permanência dos usuários na instituição, pode se depreender que esse dado não oferece informação fidedigna para a interpretação da agilidade de atendimento dos pacientes de acordo com sua classificação, considerando-se a grande quantidade de variáveis implicadas nessa avaliação. Essas variáveis incluem o tempo de internação ou não dos usuários, realização de exames, desistência do atendimento (GOODACRE; WEBSTER, 2005), bem como a falta de registro de alta.

Apesar disso, foi observada diferença em relação à associação entre especialidade e desfecho na Amostra 3. A variação de tempo de permanência entre as especialidades pode ser atribuída às gravidades dos casos e especialidades de maior complexidade.

No que se refere ao desfecho dos usuários atendidos no serviço, foi observado na Amostra 2 que 72,1% dos pacientes receberam alta; 20,7% foram encaminhados para outras unidades; 6,42% foram internados e posteriormente receberam alta; e 0,71% (1 paciente) continuava internado na instituição até o fim da coleta de dados. De maneira similar, a Amostra 3 apresentou alta para 77,5% dos pacientes; encaminhamento em 13,6% dos casos; internação com alta em 6,5%; internação até o momento da finalização da coleta de dados em 2,36%; e internação com óbito em 0,59% (1 caso). Resultado equivalente pode ser observado em pesquisa que registrou alta em 74,1% dos casos; encaminhamento para outros serviços em 24,4%; e internação na instituição em 0,2% dos registros (OLIVEIRA et al., 2011).

A associação entre desfecho e idade também apresentou diferença significativa, notando-se que a maior parte de altas ocorre entre adultos (entre 18 a 59 anos), até considerando o fato de que eles correspondem a 62,13% dos pacientes atendidos no serviço; a maior frequência de encaminhamentos está relacionada a usuários entre 30 e 59, seguidos por aqueles com mais de 59 anos, o que pode estar associado a encaminhamentos para serviços ambulatoriais para atendimento a casos crônicos e a unidades de atenção básica para atendimentos simples não cobertos por essa unidade terciária. Esta hipótese pode ser corroborada pelo fato de este grupo ter entre suas queixas mais frequentes dores articulares, lombalgia (ambas requerendo acompanhamento) e problemas de ouvido (considerando-se que os casos de cerume, diagnóstico mais frequente entre as queixas otálgicas, não são atendidos na instituição, mas apenas em unidades de atenção básica), por exemplo.

Analisando a associação entre tempo de permanência e desfecho, foi possível notar que os casos de alta estão relacionados a menor tempo médio de permanência (6,11 horas), seguidos pelos casos de encaminhamento (6,95 horas). O maior tempo médio de permanência está associado às internações (73,77 horas) e ao caso de óbito (86,71 horas). Os resultados podem ser facilmente interpretáveis, considerando que os casos de alta e encaminhamento resultam em saída dos usuários da unidade em geral no mesmo dia, enquanto nos casos de internação os pacientes costumam passar muitas horas ou dias na instituição. Cabe ressaltar que dentre os casos incluídos para cálculo da média estão aqueles com registro incorreto de passagem no hospital, como, por exemplo, o caso de alta com máximo tempo de permanência, de 23044 minutos (12,8 dias), que não ocorreria sem internação.

Ainda em relação ao desfecho, uma importante análise a ser realizada é a entre a cor da classificação de risco e o desfecho dos usuários, que determina a validade preditiva do protocolo. A validade de predizer é estabelecida através de correlações dos resultados do teste

com subsequente medida de um critério (MARTINS, 2006). A validade preditiva está associada à capacidade de um teste ou instrumento predizer futuros desempenhos do indivíduo, ou seja, “um teste tem validade para predizer quando efetivamente indica como o objeto em estudo desenvolverá no futuro uma outra tarefa ou incumbência”. Além disso, a este tipo de validade é muito importante para testes que são usados com propósitos de selecionar e classificar (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 1996 apud MARTINS, 2006)

Sendo assim, o conceito adotado neste trabalho para validade preditiva é a capacidade que o instrumento analisado (no caso o protocolo de Classificação de Risco em Emergência aplicado no campo de estudo) tem de predizer os desfechos clínicos dos usuários por meio no nível de prioridade atribuído na classificação.

Ao se analisar a associação entre cor da classificação de risco e desfecho na Amostra 2, nota-se que a maior parte dos pacientes classificados com a cor azul, ou seja, aqueles que deveriam ser encaminhados a outras unidades de saúde, recebem alta. Da mesma forma a maioria daqueles classificados como verde também recebe alta, considerando-se que são pacientes com casos menos complexos, com desfechos menos graves. Dos que são classificados com a cor amarela, o desfecho mais frequente é a alta ou encaminhamento, já que são pacientes mais complexos que os verdes, mas ainda assim não apresentam alto nível de urgência no geral. Em relação aos pacientes classificados com a cor laranja, com maior nível de gravidade e relacionada a casos mais graves, o desfecho de alta foi menos frequente quando comparado às classificações anteriores, seguida de encaminhamento, também mais observada que em outras classificações, e com maior número de pacientes internados. A cor vermelha foi a única a apresentar óbito, apesar do ainda grande número de altas, dado atribuído ao fato de que todos os pacientes que chegam ao serviço através da ala de Politraumatizados são considerados com a classificação vermelha, incluindo assim, pacientes não necessariamente graves, mas que chegaram ao serviço em ambulância, Corpo de Bombeiros ou SAMU, como apresentado anteriormente.

Dessa forma, considerando que o protocolo associou níveis mais urgentes de classificação a desfechos mais graves e níveis menos urgentes a desfechos menos graves, pode se dizer que a classificação de risco apresenta boa validade preditiva. Apesar disso, deve-se ressaltar que o resultado da classificação depende do protocolo utilizado, no caso o Sistema de Triagem de Manchester, e dos profissionais classificadores, para os quais uma avaliação mais fidedigna requereria comparações interavaliadores, o que foge do escopo deste estudo.

6.2.3 Avaliação do serviço

Para se colher dados da avaliação dos usuários em relação ao serviço de classificação de risco da unidade, os pacientes da Amostra 2, que foram abordados presencialmente, responderam a uma série de perguntas objetivas.

Quando analisados os dados de caracterização dos usuários e dados de atendimento associados aos resultados de avaliação, notou-se que quanto maior a idade do usuário, melhor a avaliação atribuída ao serviço.

Também se observa que as pontuações tendem a ser maiores nos dias de menor fluxo de atendimento e menores dos dias mais movimentados. Esse resultado pode ser atribuído ao fato de que em dias com menor número de usuários buscando o serviço, as filas são menores, o tempo de espera e os atendimentos mais rápidos, há mais disponibilidade de espaço, e conseqüentemente mais conforto, os profissionais podem dedicar mais tempo à atenção individualizada, entre outros fatores.

Da mesma forma, foi evidenciado que os turnos com menor movimento recebem melhor avaliação que os de maior movimento, fato que pode ser atribuído à mesma razão citada em relação aos dias da semana.

A maioria dos respondentes disse já ter utilizado serviço hospitalar de emergência antes da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco. Destes, a maior parte relatou ter percebido melhora no atendimento com a utilização do protocolo e menor número acreditava não haver alterações ou considerava que houve piora no funcionamento do serviço. De forma similar, porém em menor proporção, a maioria dos enfermeiros se mostrou satisfeita com a implantação da classificação de risco na unidade, e todos os entrevistados acreditam na efetividade do serviço na priorização dos pacientes graves.

A menor, porém relevante, quantidade de usuários que manifestou insatisfação com a implementação do sistema pode estar relacionada à dificuldade do usuário em entender que alguns pacientes que chegaram depois dele podem ser atendidos antes, a depender da cor de classificação (NASCIMENTO et al., 2011b). Há também a dificuldade em diferenciar a prioridade clínica e a gestão clínica, sendo esta última relacionada às características dos usuários que influenciam no seu tratamento (idosos, portadores de necessidades especiais, detentos, alcoolizados ou drogados, por exemplo), de forma que alguns pacientes acreditem que os níveis de prioridade não estão sendo atribuídos corretamente (COUTINHO; CECÍLIO;

MOTA, 2012; GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013). Além disso, apesar de a Enfermagem ser citada em alguns contextos pelos pacientes, ainda prevalece a visão de que o médico é o responsável pela agilidade na prestação da assistência (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

6.2.3.1 Informações prestadas ao paciente

No que se refere às informações prestadas pelos profissionais aos usuários, 43,26% dos pacientes avaliaram o quesito positivamente. Em comparação, 28,09% dos usuários apresentaram insatisfação com as informações prestadas, tendo o restante considerado o serviço regular. Estudo mostrou que em algumas situações os pacientes se sentem confusos em relação ao fluxo de atendimento, mesmo considerando o enfermeiro como prestador de acolhimento humanizado (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013). No que se refere às informações quanto ao tempo de espera aos pacientes e acompanhantes, quando se compara estes dados com os resultados obtidos pelas respostas fornecidas pelos profissionais, percebe-se que há grandes equivalência entre as opiniões de ambos grupos, já que 42,86% dos profissionais concordam que esses esclarecimentos são prestados e classificaram este quesito como “bom”.

Nesse aspecto, é de grande importância ressaltar que o acolhimento não se refere apenas à recepção do usuário, mas a um processo constante de escuta, valorização de queixas e orientação (DAL PAI; LAUTERT, 2011; LIMA NETO et al., 2013a; NASCIMENTO et al., 2011b; ZANELATTO; DAL PAI, 2010). Além disso, não apenas o enfermeiro da classificação de risco é responsável pela orientação ao paciente, mas também os vigilantes, os profissionais do setor de fichas e cadastramento, o técnico que recebe o usuário antes da consulta, bem como outros profissionais que, por esta razão, devem estar capacitados e esclarecidos sobre este atendimento.

Um trabalho realizado na Suécia observou que 23,9% dos pacientes consultados não requisitou qualquer informação sobre sua condição médica ao enfermeiro classificador. Daqueles que gostariam de ser informados, 56,5% considerou que as informações eram adequadas ou parcialmente adequadas (GÖRANSSON; VON ROSEN, 2010). Deve-se lembrar que a orientação ao usuário não deve ser apenas um ato passivo, ou seja, fornecer informações ao paciente apenas quando questionado por ele. Deve ser uma preocupação ativa, já que, além de facilitar a organização das atividades, contribui para um vínculo entre usuário e profissional.

6.2.3.2 Instalações físicas

Quando consultados a respeito das instalações físicas da unidade de classificação de risco, 47,39% dos usuários questionados apresentaram satisfação. Outros 26,97% dos usuários consideram essas instalações “ruins” ou “péssimas”. De forma semelhante, uma pesquisa realizada no interior do Estado de São Paulo identificou que 55,4% dos pacientes discordaram que o estado de conservação da unidade era ruim, em comparação a 35% que concordou com a precariedade do local (MORAIS; MELLEIRO, 2013).

Por outro lado, os enfermeiros entrevistados, em sua maioria, afirmaram discordar de que a estrutura física para o Acolhimento com Classificação de Risco promove conforto ao usuário e acompanhante, a classificando como “regular”; além de a mesma proporção de profissionais considerar que o espaço físico não é suficiente para acolher o acompanhante. Uma hipótese é a de que esses dados podem estar associados a um conformismo manifestado pelos usuários em relação ao serviço, que por ser público, não é esperado que tenha um alto padrão de qualidade. Apesar disso, avaliando outro aspecto da estrutura física do setor, percebeu-se que grande parte dos profissionais acredita que o espaço reservado para as consultas de enfermagem propicia privacidade ao paciente.

6.2.3.3 Indicações de localização

O ambiente físico do setor também está relacionado à sinalização e à facilidade que os usuários têm de se orientar dentro da instituição através das indicações de localização. Quanto a isso, houve 63,49% de aprovação. Essa avaliação poderia ser considerada positiva se comparada à dos profissionais, dos quais 42,86% acredita que ela não é suficiente para a orientação do usuário. De acordo com a diretriz de ambiência da Política Nacional de Humanização, o hospital deve contar com sinalização e placas de informação identificando os espaços e suas funções em linguagem clara e representativa, de forma que não exclua pessoas com necessidades especiais ou que não saibam ler (BRASIL, 2004c).

6.2.3.4 Agilidade do enfermeiro

Um dos objetivos da classificação de risco é a redução do tempo de espera por atendimento como um todo e, para isto, é essencial que o processo em si seja rápido o

suficiente para não ocasionar o resultado contrário. Em relação aos enfermeiros atuantes no serviço, este ponto teve uma avaliação bastante positiva, na medida em que 79,21% do total de entrevistados apresentou satisfação com a agilidade no atendimento, em comparação à pequena proporção que a considerou “ruim” ou “péssima”.

Estudo internacional observou que 58,7% dos pacientes perceberam ter sido classificados imediatamente após chegada à unidade de emergência, sendo que, dos restantes, 43,9% considerou que o tempo de espera era aceitável (GÖRANSSON; VON ROSEN, 2010). Uma pesquisa também observou que usuários ressaltaram a rapidez e humanização apresentadas pelo profissional (AZEVEDO; BARBOSA, 2007). Apesar disso, ainda são citados serviços em que o tempo de espera é tão longo chegando a ser perigoso e incoerente, já que a fila seria apenas transferida da sala de espera para a sala de classificação (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

6.2.3.5 Interesse e disposição do enfermeiro

Também em relação ao atendimento prestado pelo enfermeiro na classificação de risco, foi observada a opinião dos usuários quanto ao interesse deste profissional em ouvir a queixa e examinar o paciente e à disposição em resolver o problema. Ambos os aspectos obtiveram resultados semelhantes, sendo que quanto ao interesse os usuários manifestaram 63,43% de avaliações positivas; e quanto à disposição manifestaram 69,1% de satisfação. Esses resultados convergem com a percepção dos profissionais, que em 85,71% dos casos acreditam colaborar significativamente para a percepção de segurança por parte do usuário.

Ainda assim, estes são dados que necessitam de bastante melhora, especialmente quando comparados a trabalhos internacionais, como por exemplo o que observou 94,8% de pacientes que considerou que o enfermeiro da classificação de risco os ouviu completamente ou parcialmente e que suas queixas foram levadas a sério (GÖRANSSON; VON ROSEN, 2010). Durante a consulta de enfermagem, é importante que, de forma ágil, porém não superficial, o enfermeiro possa identificar sintomas, por meio de anamnese e exame físico, gerando uma avaliação concisa sobre o estado de saúde do paciente, decidindo, assim, a conduta adequada. Para muitos usuários, a falta de resolução do problema no mesmo lugar é sinônimo de falta de disposição do profissional e mau atendimento, já que consideram seu problema uma real emergência que deve ser solucionada imediatamente (AZEVEDO; BARBOSA, 2007).

6.2.3.6 Segurança com os serviços do hospital

No que se refere à segurança percebida pelos usuários em relação aos serviços do hospital e ao atendimento pelo enfermeiro, 58,86% dos entrevistados manifestou satisfação, tendo 22,28% dos restantes considerado esse aspecto “ruim” ou “péssimo”. Este é um dado positivo, considerando outros trabalhos, como o que observou que 46% dos usuários afirmaram não ter confiança em relatar seus problemas de saúde para os profissionais de enfermagem, não havendo consonância entre a efetividade do serviço que o profissional acredita estar oferecendo e o que é percebido pelo paciente (COSTA; CAMBIRIBA, 2010). Ainda assim, ambos são resultados bastante inferiores quando comparados a estudos internacionais, como o que apresentou 97,8% de pacientes que sentiram que os enfermeiros eram competentes realizando a classificação de risco (GÖRANSSON; VON ROSEN, 2010).

6.2.3.7 Educação e respeito por parte da equipe

Ao se considerar o contexto do Acolhimento como instrumento essencial associado à Classificação de Risco e o referencial em que se baseia a Política Nacional de Humanização, pode-se observar resultado bastante positivo quanto à percepção dos usuários. Isso porque 81,42% deles se mostraram satisfeitos com o atendimento que receberam sob a perspectiva da humanização, ao menos em parte das suas prerrogativas. Apenas pequena parte dos entrevistados se mostrou insatisfeita, correspondendo às avaliações “ruim” e “péssima”. Esse dado condiz com o fato de que a maior parte dos enfermeiros acredita estar preparada para atender os usuários de forma acolhedora e humana; além de maior parte do total considerar que a humanização do atendimento se faz presente em todo o processo de atenção ao usuário.

Essa percepção se mostra de grande valor ao se considerar que a dificuldade no acolhimento aos usuários tem relação direta com a baixa resolubilidade dos problemas (AZEVEDO; BARBOSA, 2007). Ao se realizar este tipo de análise, deve se observar que a composição completa da avaliação inclui todos os profissionais que prestaram atendimento aos usuários entrevistados e que, sendo assim, há algumas diferenças entre a atenção apresentada por cada profissional, devido, por exemplo, a suas diferenças pessoais, que são observadas em conjunto. Um trabalho também cita a menção que os usuários fazem à diferenciação do atendimento em instituições públicas em relação às particulares, considerando que suas menores condições socioeconômicas estão relacionadas a maior descaso por parte dos profissionais (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

Alguns autores consideram que a sobredemanda e necessidade de agilidade no atendimento impedem a ocorrência de atendimento diferenciado, acolhimento adequado e observação de necessidades implícitas e que, em função disso, há frequentes queixas de maus tratos, desrespeito e falta de humanização na atenção oferecida pelos profissionais (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013). Entretanto, ao se considerar o acolhimento e a humanização como processos que perpassam todo o atendimento ao paciente, deve se manter em mente que não é apenas necessária estrutura adequada, recursos materiais ou até mesmo tempo disponível. O profissional pode apresentar em cada parte do seu atendimento, no mínimo, habilidades interpessoais de cuidado, atenção, respeito e educação, importantes em qualquer etapa do processo de cuidar, especialmente quando se trata do profissional enfermeiro, que, em geral, recebe (ou ao menos deveria) uma formação voltada para esta abordagem. Isso pode ser demonstrado pelo fato de que os profissionais incluídos no estudo, em maior parte, acredita que o Acolhimento torna o ambiente de fato mais acolhedor e humano, atitude que deve ser aplicada rotineiramente no processo de atendimento aos usuários.

7 CONCLUSÃO

Os serviços hospitalares de urgência e emergência têm sido vistos como porta de entrada dos usuários para o sistema de saúde, incluindo pacientes em situações mais graves, adequados a estas unidades, e pacientes com casos menos complexos, que em geral deveriam ser referenciados para unidades de atenção básica. Dessa forma, há sobrecarga nesses setores, que gera filas, superlotação, desconforto e longo tempo de espera aos usuários. Esse também é o quadro da instituição pesquisada, que é referência para trauma e cirurgia em um raio de 500 km e atende ainda diversas especialidades com encaminhamento e ainda outras de “porta aberta”, sem necessidade de encaminhamento formal.

Um meio utilizado visando reduzir o problema é a Classificação de Risco, que ordena os usuários quanto à complexidade de seus casos e tempo que podem esperar, fornecendo prioridade de atendimento aos pacientes mais graves. Essas medidas reduzem ocorrências de agravamentos no estado de saúde dos pacientes durante o tempo de espera e organiza o fluxo na unidade.

Segundo as recomendações nacionais do Ministério da Saúde, todo serviço hospitalar de emergência deve instituir a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco e tem liberdade para utilização de protocolo que considere mais adequado ao contexto em que se insere. Dessa forma, alguns serviços optam pela utilização de protocolo já validado, como o Emergency Severity Index - ESI (Estados Unidos), o Australasian Triage Scale - ATS (Austrália), o Canadian Triage and Acuity Scale – CTAS (Canadá) e o Sistema de Triagem de Manchester (Inglaterra). Outros serviços elaboram protocolo institucional para uso em suas unidades, tendo como referência outros protocolos e recomendações nacionais e da literatura. Porém, percebe-se que estudos de validação e avaliação destes protocolos institucionais são escassos, e, assim, não é possível aferir de maneira fidedigna a qualidade destes sistemas. Por outro lado, protocolos como o de Manchester, já aplicado em diversos países e contextos, são bastante referenciados na literatura por já terem sua validade e confiabilidade amplamente testadas.

O serviço de Classificação de Risco foi implementado na unidade de emergência do Hospital de Base do Distrito Federal em 2006, e a partir de 2012 passou a utilizar o Sistema de Triagem de Manchester (STM), por meio de sistema de triagem informatizada licenciado pelo grupo que distribui o protocolo no Brasil. São atendidos cerca de 600 pacientes diariamente, que são classificados de acordo com a gravidade de seus casos e tempo-alvo para o atendimento.

O fluxo dos pacientes através do serviço se dá pelo registro para atendimento, recepção por técnico de enfermagem e encaminhamento para a consulta de enfermagem. Todos os profissionais classificadores no serviço são enfermeiros, conforme recomendação do Ministério da Saúde, regulamentação de órgãos fiscalizadores e ampla corroboração com a literatura. Ainda assim, ocorrem interferências iniciais por outros profissionais que encaminham ou dispensam pacientes antes que eles sejam atendidos pelo enfermeiro, que de fato tem competência para realização dessa atividade.

A maior parte dos profissionais era do sexo feminino, tinha dois vínculos empregatícios, grande período de formação (média de 13 anos) e algum tipo de pós-graduação, porém apenas um na área de emergência, o que deve ser observado já que não há formação a este respeito durante os cursos de graduação e ocorre apenas treinamento breve quando da locação do profissional no serviço.

O serviço de Classificação de Risco foi avaliado por seus profissionais como “regular” em Estrutura, “bom” em relação ao Processo e “bom” quanto aos Resultados, tendo recebido avaliação geral positiva, como “bom”. Em geral a avaliação dos profissionais não refletiu o tempo de atuação na unidade de emergência, ou seja, não houve piora ou melhora de resultados quando relacionada às diferenças de período.

Quanto aos usuários incluídos nas duas amostras do estudo, a maioria era do sexo masculino, com nível de escolaridade de ensino médio completo, empregados ou autônomos, média de idade observada entre 26 e 40 anos e oriundos de outras áreas do Distrito Federal que possuem suas próprias regionais, o que pode estar associado à insuficiência ou ineficácia destes serviços.

O maior número de atendimentos ocorreu nas quartas e quintas-feiras e o menor no sábado, mais frequentemente durante a manhã e a tarde. Daqueles recebidos via ala de Politraumatizados, a maioria era atendida no domingo ou segunda-feira, chegando por ambulância ou carro de resgate. Os usuários no geral se dirigiam ao serviço principalmente por carro particular.

Os dias da semana de menor fluxo de pacientes foram associados a melhor avaliação quando comparados aos dias de maior movimento na unidade. O mesmo ocorreu em relação aos turnos do dia, deixando clara a diferenciação no atendimento conforme a carga de atendimento na unidade.

A maior parte dos usuários buscou atendimento na instituição por demanda espontânea, em frequência muito superior àqueles que tiveram encaminhamento formal ou se

dirigiram a outra unidade previamente. A maioria dos pacientes que recebeu alta ou foi encaminhada a outro serviço chegou à unidade por demanda espontânea, enquanto é mais frequente entre os que foram internados aqueles que foram encaminhados formalmente de outras unidades.

A frequência das cores de classificação foi maior entre a verde e a amarela, nas quais há maior presença de usuários idosos; e reduzida entre as cores laranja e vermelha, esta última com maior frequência de adolescentes. A cor laranja é mais frequente nas quintas-feiras e a vermelha nos sábados e segundas-feiras. Durante a manhã e a tarde a classificação mais comum é a na cor verde, sendo durante a madrugada a amarela.

As especialidades mais buscadas no serviço são ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia e urologia, que não requerem encaminhamento formal para atendimento. A procura pela cardiologia aumenta proporcionalmente em relação à idade dos indivíduos, enquanto a neurologia, cirurgia vascular, urologia e clínica médica são mais procuradas por adultos. As queixas mais comuns são problemas de ouvido, problemas nos olhos, corpo estranho em vias aéreas, entorse ou trauma de membro, TCE e cefaleia. De maneira análoga às queixas, os diagnósticos mais recorrentes são otites em geral, cerume, entorse de membros e conjuntivites em geral. A maior parte dos casos em ambas as amostras não recebeu qualquer diagnóstico, seja por falta de dados clínicos ou de exames, ou pela própria ausência da doença.

O sistema de informação do hospital não dispõe de dados sobre o tempo de espera dos usuários até o atendimento. Apenas é apresentado o tempo de permanência entre a entrada e a alta, e muitos registros não são realizados adequadamente, como o próprio momento da alta, o que reduz a representatividade desse dado. Outro dado pouco fornecido é o de meio de chegada à instituição.

Ao se comparar as cores de classificação atribuídas aos usuários e aos desfechos dos mesmos, os casos de classificação com maior nível de prioridade estiveram mais associados a internações ou óbito, enquanto os casos classificados com cores referentes a níveis menores de complexidade tenderam mais à alta. Dessa forma, considerando que a validade preditiva é a capacidade que o protocolo analisado tem de prever os desfechos clínicos dos usuários por meio no nível de prioridade atribuído na classificação, pode-se dizer que o protocolo tem boa validade preditiva.

Todos os itens de avaliação dos usuários obtiveram mais respostas positivas, especialmente “excelente”, seguida de “bom”, sendo que os itens relacionados à segurança

com os serviços do hospital e a agilidade do enfermeiro receberam melhor avaliação e aqueles referentes a informações prestadas ao paciente e instalações tiveram pontuação mais baixa, sendo o serviço no geral avaliado como “bom”.

Apesar de algumas discordâncias entre avaliações dos dois grupos, observando-se maior satisfação entre os usuários que entre os profissionais ao longo dos itens, como um todo o serviço foi considerado satisfatório.

Quanto à operacionalização da pesquisa, um dos fatores dificultadores foi o longo período de apreciação do projeto pelos Comitês de Ética, cerca de 8 meses ao todo. Considerando que os CEPs são organizações essenciais para a ética execução dos estudos e proteção dos sujeitos de pesquisa, também é importante que não se torne uma instância burocratizadora do processo de produção de conhecimento.

Outro fator a ser considerado foi a falta de fluxograma institucional para realização de pesquisas no âmbito do hospital, considerado de referência para pesquisa e ensino. Apesar do início do processo de autorização da instituição para pesquisa, com profissionais bem preparados e procedimentos padronizados, ter sido mais ágil e simples, toda a tramitação subsequente à aprovação do comitê de ética para início da execução da pesquisa e credenciamento para acesso ao sistema informatizado da instituição foi bastante burocrático e moroso.

Também pode ser citada a falta de instrumento validado para avaliação dos usuários no que se refere especificamente à classificação de risco, já que o utilizado foi adaptado a partir de questionário para serviços de emergência. Recomenda-se a realização deste tipo de pesquisa, com vistas a possibilitar estudos de avaliação de qualidade que possam ser comparados e reconduzidos, de modo a gerar literatura consistente a respeito do tema.

Quanto à operacionalização do serviço de Classificação de Risco em si, são notadas as dificuldades dos profissionais em atender as necessidades dos usuários, especialmente em relação à demanda de pacientes comparada aos recursos humanos, em função da grande quantidade de atendimentos a pacientes em situações correspondentes ao direcionamento para outros serviços. Além disso, há um déficit quanto aos registros nos prontuários eletrônicos, com grande falta de diversas informações.

Ainda é necessária a realização de estudos que analisem o fluxo de pacientes fora da unidade, em relação ao seu percurso de procura por atendimento na rede de referência e contrarreferência, até o momento de atendimento final. Também são importantes pesquisas

que possam avaliar o tempo de espera dos pacientes pelo atendimento médico e a relação deste atendimento em relação à classificação de risco, quanto à avaliação e operacionalização.

Além disso, é importante se ressaltar a predominância substancial de pesquisas qualitativas na área, constatada pela revisão integrativa realizada, em detrimento de estudos quantitativos, de modo a se consolidar o escopo do tema com estudos de maior nível de evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Â. M. M. et al. Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. spe, p. 513–520, 2010.
- ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. DA S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 181–190, 2012.
- ADEB-SAEEDI, J. Stress amongst emergency nurses. **Australian Emergency Nursing Journal**, v. 5, n. 2, p. 19–24, 2002.
- ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, p. 70–75, 2007.
- ANDERSSON, A.-K.; OMBERG, M.; SVEDLUNG, M. Triage in the emergency department - a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. **Nursing in Critical Care**, v. 11, n. 3, p. 399–409, 2006.
- AZEVEDO, A. L. D. C. S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 736–745, 2010.
- AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. Triage em serviços de saúde: percepções dos usuários. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n. 1, p. 33–39, 2007.
- BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 396–401, 2012a.
- _____. Implantação do sistema acolhimento com classificação de risco e uso do fluxograma analisador. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 217–225, 2012b.
- _____. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 751–757, 2012c.
- _____. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 419–428, 2012d.
- BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN Journal**, v. 67, n. 4, p. 877–880, 1998.

BIRUEL, E. P.; PINTO, R. R. **Bibliotecário um profissional a serviço da pesquisa** [anais eletrônicos]. In: Anais Eletrônicos do 24o Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação, 2011 Ago 07-10; Maceió, Brasil. Maceió (AL): FEBAB; 2011 Disponível em: <<http://febab.org.br/congressos/index.php/cbbd/xxiv/paper/view/257/475>>. Acesso: 28 abr 2015.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1451 de 10 de março de 1995**. Define critério do plantão médico de urgência e emergência. Brasília: CFM; 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____, Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização - A humanização com eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

_____, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

_____, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c.

_____, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

_____, Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

_____, Ministério da Saúde. **Programa nacional de avaliação de serviços de saúde: resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

_____, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A. I.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 51–62, 2008.

CARVALHO, G.; LOPES, S. Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral Nursing Professional Satisfaction in a general hospital emergency unit. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 13, n. 4, p. 215–219, 2006.

CAVALCANTE, R. B. et al. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 2, n. 3, p. 428–437, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 159**, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: Cofen; 1993.

COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Parecer COREN-MG nº 136, de 26 de setembro de 2011**. Competência do enfermeiro para realizar a Classificação de Risco nos diversos pontos de atenção à saúde da população. Minas Gerais, Belo Horizonte; 2011.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer COREN-SP , de 23 de dezembro de 2009**. Triagem clínica por técnico/auxiliar de enfermagem. São Paula, São Paulo; 2009.

COSTA, M. A. R.; CAMBIRIBA, M. DA S. DE. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 494–502, 2010.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. DE O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica De Minas Gerais**, v. 22, n. 2, p. 188–198, 2012.

CTAS. **The Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) Participant Package**. Emergency Health Services Branch. Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario: 2001.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 524–530, 2011.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment**. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

_____. **An introduction to quality assurance in health care**. 1 vol. 1 ed. New York, NY: Oxford University Press, 2003.

DURO, C. L. M. et al. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 3, p. 447–454, 2014.

- DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. S. The nurse's role in Emergency Triage Systems : literature analysis O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 3, p. 1–12, 2010.
- FERNANDES, F. S. L.; LIMA, B. DE S.; RIBEIRO, M. N. Welcoming with risk classification in the Hospital São Paulo's Emergency Department. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 164–168, 2012.
- FGV/EPGE, E. B. DE E. E F. **Testes não-paramétricos**. Disponível em: <<http://epge.fgv.br/we/Graduacao/Estatistica1/2009/2?action=AttachFile&do=get&target=teste-dos-sinais-wilcoxon-e-mann-whitney.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2015.
- FLETCHER, R.H. Epidemiologia Clínica: bases científicas da conduta médica. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
- FORSGREN, S.; FORSMAN, B.; CARLSTRÖM, E. D. Working with Manchester triage - Job satisfaction in nursing. **International Emergency Nursing**, v. 17, n. 4, p. 226–232, 2009.
- FRY, M.; BURR, G. Current triage practice and influences affecting clinical decision-making in emergency departments in NSW, Australia. **Accident and emergency nursing**, v. 9, n. 4, p. 227–234, 2001.
- FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 169–174, 2010.
- FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 3, p. 279–289, 2004.
- GANLEY, L.; GLOSTER, A. S. An overview of triage in the emergency department. **Nursing Standard**, v. 26, n. 12, p. 49–56, 2011.
- GARCIA, E. DE A.; FUGULIN, F. M. T. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em unidade de emergência. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 44, n. 4, p. 1032–1038, 2010.
- GBACR. Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. **História da classificação de risco**. Disponível em: <http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_>. Acesso em: 7 jan. 2015.

GILBOY, N. et al. **Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care, Version 4: Implementation Handbook 2012 Edition**. AHRQ Publication No. 12-0014. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality: November 2011.

GOODACRE, S.; WEBSTER, A. Who waits longest in the emergency department and who leaves without being seen? **Emergency medicine journal : EMJ**, v. 22, n. 2, p. 93–96, 2005.

GÖRANSSON, K. E.; VON ROSEN, A. Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. **International Emergency Nursing**, v. 18, n. 1, p. 36–40, 2010.

GUEDES, H. M. et al. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 1, p. 37–44, 2014.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários Acogimiento en un servicio de emergencia: percepciones de los usuarios Embracement in an emergency service: users' perception. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 31–37, 2013.

HEALTH POLICY PRIORITIES PRINCIPAL COMMITTEE. **Australian triage process review**. 2011. Disponível em: <<http://www.ecinsw.com.au/sites/default/files/field/file/Australian%20Triage%20Process%20Review.pdf>>. Acesso 14 jun. 2014.

JEKEL, J.; KATZ, D.; ELMORE, J. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

KLOPPER, R.; LUBBE, S.; RUGBEER, H. The Matrix Method of literature review. **Alternation**, v. 14, n. 1, p. 262–276, 2007.

LE COUTOUR apud Brasil. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a

LIMA NETO, A. V. DE et al. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, p. 276–286, 2013a.

_____. Humanização e acolhimento em emergência hospitalar: fatores condicionantes sob o olhar dos enfermeiros. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 4, p. 519–528, 2013b.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, n. 24, p. 105–125, 2005.

- MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem *. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 119–122, 2012.
- MALTA, M. et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559–565, 2010.
- MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. Emergency Triage. Manchester Triage Group. 2ª ed. Oxford: Blackwell; 2006.
- MARCONI, M. DE ANDRADE; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação dos dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestao de Negocios**, v. 8, n. 20, p. 1–12, 2006.
- MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare - A guide to best practice**. 2. ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins, 2011.
- MENDES, A. DA C. G. et al. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 9, n. 2, p. 157–165, 2009.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. D. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.
- MENZANI, G.; BIANCHI, E. R. F. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 327–333, 2009.
- MOHER, D. et al. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. **The Lancet**, v. 354, n. 9193, p. 1896–1900, nov. 1999.
- MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **International Journal of Surgery**, v. 8, n. 2010, p. 336–341, 2010.
- MORAIS, A. S.; MELLEIRO, M. M. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 112–120, 2013.
- NASCIMENTO, E. R. P. DO et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 1, p. 84–88, 2011a.

NASCIMENTO, E. R. P. DO et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 597–603, 2011b.

NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H.; OLIVEIRA, S. G. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 541–549, 2012.

OLIVEIRA, G. N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 1–9, 2011.

_____. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 7, 2013.

OMS. Center of Diseases Control. Epi Info: Epidemiologia em microcomputadores. 7 ed. Atlanta, Georgia: OMS; 2015.

ROSSANEIS, M. A. et al. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 648–656, 2011.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodología de la investigación**. México: McGraw Hill, 1996; apud MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 8, n. 20, p. 1–12, 2006.

SANTOS, C. M. D. C.; PIMENTA, C. A. D. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 2–5, 2007.

SELEGHIM, M. R. et al. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 3, p. 122–131, 2010.

_____. Avaliação da satisfação dos usuários e acolhimento em âmbito hospitalar. **Revista Universo & Extensão**, v. 1, n. 1, p. 1–11, 2013.

SESDF, Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal. **Hospital de Base do DF**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/271-hospital-de-base-do-df.html>>. Acesso em: 14 out. 2013.

SESDF, Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal. **Hospitais e Regionais**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais>>. Acesso em: 8 jul. 2015.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. DE. Classificação de risco em emergência: um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, p. 14–17, 2011.

SILVA, A. P. DA et al. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o Protocolo de Manchester. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 3, n. 1, p. 507–17, 2013.

SILVA, B. M. DA et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 442–448, 2006.

SILVA, M. DE F. N. et al. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 218–225, 2014.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 1–8, 2011.

SOUZA, C. C. et al. Principais queixas de pacientes de urgência segundo o protocolo de classificação de risco de Manchester. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, v. 6, n. 3, p. 540–548, 2012.

SOUZA, C. C. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 47, n. 6, p. 1318–1324, 2013.

SOUZA, C. C. et al. Nurses' perception about risk classification in emergency services. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 32, n. 1, p. 78–86, 2014.

SOUZA, M. T. DE; SILVA, M. D. DA; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010.

TEAM, R. C. **R: A language and environment for statistical computing** R Foundation for Statistical Computing Vienna, Austria, 2015. Disponível em: <<http://www.r-project.org/>>

TOLIFE. **Hospital de Base de Brasília**. Disponível em: <<http://www.tolife.com.br/case/hospital-de-base-de-brasilia-df/>>. Acesso em: 26 maio. 2015.

TRAVERS, D. A. et al. Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. **Journal of Emergency Nursing**, v. 28, n. 5, p. 395–400, 2002.

VERSA, G. L. G. DA S. et al. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 21–28, 2014.

- VITURI, D. W. et al. Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1179–1187, 2013.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: Updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.
- WINDLE, J.; MACKWAY-JONES, K. Don't throw triage out with the bathwater. **Emergency medicine journal : EMJ**, v. 20, n. 2, p. 119–120, 2003.
- ZANELATTO, D. M.; DAL PAI, D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 358–365, 2010.
- ZEM, K. K. S.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros em um pronto socorro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 4, p. 899–908, 2012.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Planilha para extração de dados dos artigos encontrados na revisão

Extração de conteúdo dos artigos

Artigo	Ano	Tipo de estudo	Abordagem	Fonte dos dados	Utiliza checklist?	Perspectiva

Extração de conteúdo dos artigos (continuação)

Artigo	Terminologia (ACR ou triagem)	Protocolo	Validade/ confiabilidade	Vantagens	Dificuldades

Extração de conteúdo dos artigos (continuação)

Artigo	Humanização	Superlotação	Referência / Contrarreferência	Sistemas de triagem	Protocolo Manchester



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde/FS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Pesquisa: “Análise da Classificação de Risco em Emergência de um Hospital Público de
Referência em Brasília, Distrito Federal”

Perfil dos Profissionais

Número identificador: P_____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino () Outro

Profissão: () Enfermeiro () Técnico Enf. () Outro _____

Especialização: () Não () Sim, qual? _____

Tempo de profissão: _____

Quanto vínculos empregatícios possui? _____

Tempo de serviço na instituição: _____

Tempo de serviço no setor de emergência: _____

Tempo de serviço na unidade de Classificação de Risco: _____

Recebeu treinamento de capacitação para atuação na unidade de Classificação de

Risco? () Não () Sim

Se sim, de onde?

() Por conta própria () Da instituição () Instituição que trabalhou
anteriormente

Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco pelos Enfermeiros

Para cada item, assinale na coluna à direita um dos números correspondente à sua avaliação dos aspectos citados, sendo:

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

Discordo Totalmente		Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	A estrutura física para o Acolhimento com Classificação de Risco promove conforto ao usuário e acompanhante				1	2	3	4	5
2	O Acolhimento com Classificação de Risco torna o ambiente mais acolhedor e humano								
3	Não ocorrem reuniões e treinamentos periódicos para os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco								
4	O espaço físico para consulta médica e de enfermagem não proporcionam privacidade ao usuário								
5	O espaço físico não é suficiente para acolher o acompanhante								
6	A sinalização do ambiente não é clara suficiente para o direcionamento do usuário ao atendimento no Acolhimento com Classificação de Risco								
7	Os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco não se comunicam frequentemente com toda equipe do setor								
8	Todos os pacientes não graves que procuram por atendimento nesse serviço de emergência passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco								
9	As condutas a serem tomadas descritas no protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco não são conhecidas por todos que trabalham no setor								
10	As lideranças desse serviço discutem com os funcionários de forma democrática e acolhedora as propostas de mudanças no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco								
11	Os Profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco contribuem para que o usuário se sinta seguro e confortável								
12	O Fluxograma de atendimento do Acolhimento com Classificação de Risco é discutido com a equipe e avaliado periodicamente quanto à clareza e objetividade								
13	O atendimento primário ao usuário ocorre de acordo com a gravidade do caso e não de acordo com a ordem de chegada								
14	O usuário que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, é informado sobre o tempo provável de espera pelo atendimento								
15	Os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco estão treinados para atender ao usuário e acompanhante de forma acolhedora e humana								
16	Nesse serviço, a humanização no atendimento não se faz presente em todas as etapas de atendimento ao usuário								
17	A equipe multiprofissional que atua nesse serviço trabalha de forma integrada e atenta às necessidades do usuário								
18	Os usuários que passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco e aguardam pelo atendimento médico não são reavaliadas periodicamente								
19	Mesmo com o Acolhimento com Classificação de Risco os pacientes graves não são priorizados para o atendimento								
20	Os casos de baixa complexidade não são encaminhados à rede básica de saúde								
21	Os profissionais que atuam nesse setor se sentem satisfeitos com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no atendimento								

APÊNDICE C – Formulário para coleta de dados dos usuários através de questionário
(Amostra 2)



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde/FS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Pesquisa: “Análise da Classificação de Risco em Emergência de um Hospital Público de
Referência em Brasília, Distrito Federal”

Perfil dos Usuários

Nome: _____ **D.N.:** / /

Sexo: () Feminino () Masculino

Profissão: _____

Escolaridade:

() Analfabeto () Ensino Básico () Ensino Fundamental () Ensino Médio

() Ensino Superior () Especialização () Mestrado ()

Doutorado

Por que o senhor veio a este serviço?

() Demanda espontânea () Encaminhamento () Falta de atendimento na UBS

O senhor já utilizou o serviço anteriormente sem a classificação de risco? () Sim ()

Não

SE SIM: O senhor acha que o atendimento melhorou? () Sim () Não

Avaliação do Atendimento

1	2	3	4	5
Discordo	Discord	Não Concordo Nem	Concordo	Concordo

Totalmente		o	Discordo	Totalmente				
1	As informações que o hospital presta ao paciente são adequadas e satisfatórias?			1	2	3	4	5
2	As instalações físicas são limpas e agradáveis?							
3	As indicações de localização dos serviços são adequadas?							
4	O enfermeiro atende sem demora os pacientes?							
5	O enfermeiro está sempre disposto a resolver o problema do paciente?							
6	O paciente sente-se seguro quando utiliza os serviços do hospital?							
7	A equipe trata o paciente com educação e respeito?							
8	O enfermeiro demonstra interesse, ouve e examina o paciente?							

APÊNDICE D – Formulário para coleta de dados dos usuários através do sistema de informação (Amostra 2)

Dados dos Usuários – Trak Care (Amostra 2)

Nome:

Idade:

Procedência:

Data de atendimento:

Dia da semana:

Horário:

Turno: () Madrugada () Manhã () Tarde () Noite

Meio de chegada:

Porta de entrada: () Classificação de Risco () Politraumatizados

Cor da classificação:

() Vermelho () Laranja () Amarelo () Verde () Azul

Especialidade de atendimento:

Queixa principal:

Diagnóstico atribuído:

Tempo de permanência:

Desfecho:

APÊNDICE D – Formulário para coleta de dados dos usuários através do sistema de informação (Amostra 3)

Dados dos Usuários – Trak Care (Amostra 3)

Nome:

Sexo: () Feminino () Masculino

Data de nascimento: / /

Idade:

Procedência:

Data de atendimento:

Dia da semana:

Horário:

Turno: () Madrugada () Manhã () Tarde () Noite

Meio de chegada:

Porta de entrada: () Classificação de Risco () Politraumatizados

Cor da classificação:

() Vermelho () Laranja () Amarelo () Verde () Azul

Especialidade de atendimento:

Queixa principal:

Diagnóstico atribuído:

Tempo de permanência:

Desfecho:

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da Classificação de Risco em Emergência de Hospital Público em Brasília, Distrito Federal

Pesquisador: Jade Fonseca Ottoni de Carvalho

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 36743614.6.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 943.449

Data da Relatoria: 09/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNB, e que não informa o nome do orientador.

Resumo: As unidades de emergência dos grandes hospitais brasileiros convivem diariamente com uma grande quantidade de usuários cujas queixas se referem a diferentes níveis de gravidade. Sendo assim, faz-se necessária a aplicação de um sistema que organize o fluxo de pacientes de forma que aqueles mais graves tenham prioridade no atendimento. O protocolo em questão no estudo é o Sistema de Triagem de Manchester, utilizado no Hospital de Base do Distrito Federal, campo da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Avaliar a implementação do sistema de Classificação de Risco em uma unidade de emergência de um hospital público, em Brasília, Distrito Federal.

Objetivo Secundário:

Avaliar o processo de Classificação de Risco da unidade de emergência a partir dos profissionais que aplicam o protocolo;

Delinear o perfil dos profissionais que prestam atendimento em Classificação de Risco na unidade

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 943.449

de emergência por idade, sexo, formação, tempo de atuação na área, etc;

Delinear o perfil dos pacientes atendidos por idade, sexo, profissão, classificação de risco, etc;

Observar a duração da permanência dos pacientes após a triagem e, em caso de internação, após a consulta médica;

Analisar a relação entre a classificação de risco aplicada aos usuários e o tempo de permanência pré e pós-consulta dos mesmos na instituição;

Identificar possíveis fatores dificultadores na aplicação do protocolo do ponto de vista de recursos humanos, materiais e metodológicos."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios segundo o pesquisador:

"Riscos:

Os participantes da pesquisa não serão submetidos a procedimentos invasivos e, considerando-se que a participação deles se dará por meio de questionários e que podem recusar-se a responder qualquer questão que cause constrangimento ou com a qual não se sintam à vontade, percebe-se que não há a presença de qualquer risco significativo. Além disso, será mantida confidencialidade de sigilo sobre todas as informações atribuídas aos participantes.

Benefícios:

As informações geradas pelo estudo devem gerar retorno para o atendimento dos usuários no setor em estudo, já que podem ser utilizadas pelas autoridades gestoras para aprimoramento do serviço, visto que um dos objetivos do estudo é analisar fatores dificultadores na implementação do protocolo de classificação."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo do tipo transversal descritivo. Será realizado na unidade de Emergência do Hospital de Base do Distrito Federal, dentro de um período delimitado de 6 semanas, ocorrendo em semanas intercaladas, em um turno por dia (matutino, vespertino e noturno – tendo como referência o turno dos enfermeiros que atendem na unidade). Será utilizada a técnica não-probabilística de amostragem e a amostra será composta pelos enfermeiros da unidade que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco e pelos pacientes classificados pelo sistema de classificação executado pelos profissionais citados, durante o período de pesquisa, e parte deles (aqueles que forem internados) será acompanhada prospectivamente. Serão excluídos menores de 18 anos; estagiários de graduação ou quaisquer outros profissionais que não tenham concluído seu curso de formação; pacientes admitidos no hospital através de Atendimento Pré-Hospitalar(SAMU, Bombeiros, etc), encaminhados ou que de alguma forma não sejam classificados pelo

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



sistema de triagem.

A metodologia da pesquisa é descrita em 5 partes:

- 1) Perfil dos profissionais: se dará por meio de entrevista estruturada com instrumento previamente elaborado para esta finalidade, com 10 profissionais abarcados nos critérios de inclusão de profissionais;
- 2) Perfil dos pacientes: dados coletados através do Sistema de Informação utilizado pela instituição, prontuários, e uso de instrumento de coleta de dados aplicado diretamente com os 300 pacientes antes ou depois da consulta de acolhimento;
- 3) Catalogação dos resultados de triagem: serão registrados os resultados de cada consulta de triagem, através do sistema de cores do Protocolo de Manchester: vermelho - emergência -, laranja - muito urgente -, amarelo - precisa de avaliação -, verde - pouco urgente - e azul - não urgente;
- 4) Acompanhamento dos pacientes já classificados: após a triagem dos pacientes incluídos no estudo, os mesmos serão acompanhados de forma a se observar:
 - a) o tempo decorrido entre a triagem e o atendimento em consulta médica;
 - b) quais os pacientes foram internados em relação às cores com as quais foram classificados;
 - c) dentre os pacientes internados, qual foi o período de permanência dos mesmo na instituição;
- 5) Análise do serviço pelo ponto de vista dos enfermeiros: se dará através de aplicação do Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco, já validado, com os enfermeiros da unidade, compreendidos nos critérios de inclusão de profissionais, no momento de preenchimento da ficha de dados de perfil do profissional. Os dados serão analisados por pacote estatístico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta carta de encaminhamento e folha de rosto assinada e preenchida adequadamente. Foram apresentados o termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador e o termo de concordância institucional da co-participante assinado pelo chefe do setor de Emergência do Hospital de Base do Distrito Federal. Essa instituição consta como co-participante no projeto da plataforma Brasil. Foi apresentado orçamento detalhado no projeto da plataforma Brasil. Os TCLEs (profissional e usuário) foram adequados a Resolução 466/2012.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise de respostas às pendências do parecer No. 895.499 de 09/11/2014:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 943.449

Pendência 1: apresentar termo de concordância institucional ou ciência do departamento de enfermagem - instituição proponente. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 2: informar orientador e acrescentar currículo lattes dele. PENDÊNCIA ATENDIDA. Foi apresentado o cv do prof. Pedro Sadi Monteiro.

Pendência 3: atualizar o cronograma, observando que o início da coleta deverá ser posterior à aprovação do CEP da Secretaria de Saúde. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 4: Quanto ao TCLE:

a) O TCLE foi adequado conforme solicitado. PENDÊNCIA ATENDIDA.

b) Acrescentar cabeçalho institucional no TCLE dos usuários, a exemplo do TCLE dos profissionais. PENDÊNCIA ATENDIDA.

c) InformaDO no TCLE os telefones do pesquisador principal que pode também conter o do orientador para retirada de dúvidas. PENDÊNCIA ATENDIDA.

NOVA PENDÊNCIA:

Acrescentar "danos diretos ou indiretos decorrentes da participação na pesquisa" na frase do TCLE: "Caso haja algum dano direto resultante dos procedimentos de pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo -se as disposições legais vigentes no Brasil." PENDÊNCIA ATENDIDA.

Protocolo de pesquisa em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e complementares.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 943.449

BRASILIA, 02 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

ANEXO B – Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde (CEP/Fepecs)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da Classificação de Risco em Emergência de Hospital Público em Brasília, Distrito Federal

Pesquisador: Jade Fonseca Ottoni de Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36743614.6.3001.5553

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 979.141

Data da Relatoria: 23/02/2015

Apresentação do Projeto:

As unidades de emergência dos grandes hospitais brasileiros convivem diariamente com uma grande quantidade de usuários cujas queixas se referem a diferentes níveis de gravidade. Sendo assim, faz-se necessária a aplicação de um sistema que organize o fluxo de pacientes de forma que aqueles mais graves tenham prioridade no atendimento.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a implementação do sistema de Classificação de Risco em uma unidade de emergência do Hospital de Base de Brasília, Distrito Federal. Como objetivos secundários temos: Delinear o perfil dos profissionais que prestam atendimento em Classificação de Risco na unidade de emergência por idade, sexo, formação, tempo de atuação na área, etc; analisar a relação entre a classificação de risco aplicada aos usuários e o tempo de permanência pré e pós-consulta dos mesmos na instituição.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios apontados. Critérios de Inclusão e Exclusão identificados. Amostra estimada

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa em que a SES é Co-participante, tendo sido aprovado pelo Comitê de ética da UnB. Trata-se de um estudo do tipo transversal descritivo a ser realizado no HBDF no período

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 979.141

delimitado de 8 semanas, com entrevistas tanto para enfermeiros quanto para os pacientes da unidade de Acolhimento com Classificação de Risco.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: apresentado

Termo de Concordância: apresentado

TCLE: apresentado

Currículo do pesquisador: apresentado

Orçamento da pesquisa: apresentado

Cronograma da pesquisa: apresentado

Cronograma da pesquisa: apresentado

Planilha de Orçamento: apresentado

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 10 de Março de 2015

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO C – Autorização para realização da pesquisa pelo Centro de Pesquisa Clínica (CEPEC/HBDF).



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL
COORDENAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA
CENTRO DE PESQUISA CLÍNICA



Memo. nº 004/2015

Brasília-DF, 16 de março de 2015.

De: Centro de Pesquisa Clínica – CEPEC/CEP/DG/HBDF.

Para: Gerência de Emergência e Gerência de Pessoas – HBDF.

Assunto: Autorização para realização da Pesquisa Clínica “ANÁLISE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA DE HOSPITAL PÚBLICO EM BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL.”

Senhores Chefes,

Considerando a **missão** do HBDF, “Prestar assistência integral e humanizada em serviços de saúde de alta complexidade aliada à produção de conhecimento”; a **visão** do HBDF, “Ser uma Instituição Pública de excelência nos serviços de saúde de alta complexidade, no ensino e na pesquisa”; e a certificação do HBDF pelos Ministérios da Saúde – MS e da Educação – MEC como Hospital de Ensino; comunicamos que a **Pesquisa Clínica** intitulada “ANÁLISE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA DE HOSPITAL PÚBLICO EM BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL”, tem autorização da Diretoria Geral para ser realizada neste hospital.

UNIDADES ENVOLVIDAS

Gerência de Emergência e Gerência de Pessoas – HBDF.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

✓ Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES-DF, aprovado pelo Parecer nº 979.141, de 23/02/2015.

OBJETIVO DA PESQUISA

“Avaliar a implementação do sistema de Classificação de Risco em uma unidade de emergência do Hospital de Base de Brasília, Distrito Federal. Como objetivos secundários temos: Delinear o perfil dos profissionais que prestam atendimento em Classificação de Risco na unidade de emergência por idade, sexo, formação, tempo de atuação na área, etc; analisar a relação entre a classificação de risco aplicada aos usuários e o tempo de permanência pré e pós-consulta dos mesmos na instituição.”

TCLE

Será apresentado pela pesquisadora responsável e assinado pelo servidor antes do início da pesquisa.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Jade Fonseca Ottoni de Carvalho, Mestranda em Enfermagem da Universidade de Brasília - UnB;

SERVIDOR DO HBDF RESPONSÁVEL

Leila Borges, Enfermeira-chefe da Classificação de Risco/GEM – HBDF.

Ressaltamos que é de responsabilidade do(s) pesquisador(es) responsável (eis) zelar para que a coleta de dados não prejudique a rotina das referidas Unidades. Agradecemos a colaboração dos senhores e seus respectivos servidores, e nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Luciana Vieira
Pesquisa Clínica - HBDF
Coordenadora

Luciana Vieira Tavernard de Oliveira Araujo

Centro de Pesquisa Clínica – HBDF / Coordenadora
Matrícula 1.432.431-8

CENTRO DE PESQUISA CLÍNICA - HBDF

SMHS, Área Especial, Quadra 101, Brasília-DF CEP: 70.330-150.
(61) 3315-1544 hbdp.pesquisa@gmail.com

ANEXO D – Termo de concordância da unidade de emergência e da instituição para realização da pesquisa.

TERMO DE CONCORDÂNCIA

O chefe do setor de Emergência do Hospital de Base do Distrito Federal, Dr. Rodrigo Pinheiro está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa **Análise da Classificação de Risco em Emergência de Hospital Público em Brasília, Distrito Federal**, de responsabilidade da pesquisadora Jade Fonsêca Ottoni de Carvalho, com objetivo de avaliar o processo de Classificação de Risco de forma a gerar informações sobre a dinâmica de funcionamento do mesmo, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

O estudo envolve a aplicação de questionários em usuários e profissionais do serviço, bem como a consulta de prontuários das unidades de internação. Tem duração de 6 semanas (3 semanas intercaladas), com previsão de início para setembro de 2014.

Brasília, 11 de julho de 2014

Diretor responsável do Hospital: _____

Assinatura/carimbo

Dr. Rodrigo N. Pinheiro
Clínica Geral e Emergência
Hospital de Base do Distrito Federal
11/07/2014

Chefia responsável pela Unidade Clínica: _____

Assinatura/carimbo

Rodrigo N. Pinheiro
Clínica Geral e Emergência
Hospital de Base do Distrito Federal
11/07/2014

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: _____

Assinatura

Jade F. Ottoni de Carvalho