

MICHELE DE FREITAS NEVES SILVA

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO DE PACIENTES DE UMA UNIDADE DE
EMERGÊNCIA**

CAMPINAS

2010

MICHELE DE FREITAS NEVES SILVA

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES
DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho.

Orientadora: Prof^a Dr^a Izilda Esmenia Muglia Araujo

Campinas

2010

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Silva, Michele de Freitas Neves

Si38e Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes de uma
unidade de emergência / Michele de Freitas Neves Silva. Campinas,
SP : [s.n.], 2010.

Orientador : Izilda Esmenia Muglia Araujo

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Triage. 2. Serviços médicos de emergência. 3.
Enfermagem em emergência. I. Araujo, Izilda Esmenia Muglia. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

Título em inglês: Triage protocol of an emergency unit

Keywords:

- Triage
- Emergency medical services
- Emergency nursing

Titulação: Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Izilda Esmenia Muglia Araujo

Prof^a. Dr^a. Maria Célia Barcellos Dalri

Prof^a. Dr^a. Edinêis de Brito Guirardello

Data da defesa: 29-07-2010

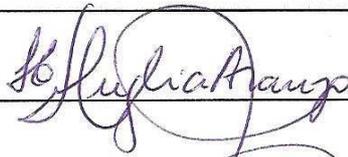
**COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

MICHELE DE FREITAS NEVES SILVA (RA: 002219)

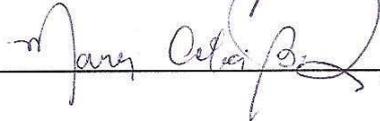
Orientador (a) PROFA. DRA. IZILDA ESMENIA MUGLIA ARAUJO

Membros:

1. PROFA. DRA. IZILDA ESMENIA MUGLIA ARAUJO



2. PROFA. DRA. MARIA CÉLIA BARCELLOS DALRI



3. PROFA. DRA. EDINÉIS DE BRITO GUIRARDELLO



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 29 de julho de 2010

Aos meus pais Adeli e Aureluce, exemplos de vida, pelo apoio e motivação. Ao meu marido Virso pela compreensão, amor e dedicação. À minha filha Laura, amor incondicional, que desde antes de nascer, fez parte desta etapa da minha vida. À Profª Izilda pela cumplicidade, amizade e por ter acreditado no meu potencial.

Muito Obrigada!

AGRADECIMENTOS

À Maria José Neder Batista, Diretora Administrativa da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da UNICAMP, pelos dados fornecidos.

Aos Diretores de Enfermagem e Médico da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da UNICAMP, Eliete Boaventura Bargas e José Benedito Bortotto, pela autorização para a realização da pesquisa.

À graduanda em enfermagem Gabriella Novelli Oliveira, pela colaboração na coleta de dados.

Aos médicos: Dr. Flávio César de Sá, Dr. Marco Antonio de Carvalho Filho, Eduardo Sellan Lopes Gonçalves, Thiago Martins Santos e Marcelo Schweller e às enfermeiras: Eliete Boaventura Bargas e Ana Paula Boaventura, pela colaboração na validação de conteúdo do protocolo.

Aos enfermeiros: Lissandro Luís Pinto da Silva, Kelly Cristina de Oliveira Manzoli, Karina Aparecida Garcia Bernardes e Elizabete Feliciano de Paula pela colaboração durante a fase de confiabilidade do protocolo.

Às professoras Edinéis de Brito Guirardello e Maria Célia Barcellos Dalri pela contribuição com este trabalho.

Aos meus irmãos, Marlon e Marcel, pela amizade eterna.

Ao meu sobrinho, João Vítor, pelos momentos de alegria e felicidade.

Aos sobrinhos Cíntia, Lucas, Nathan e Guilherme pelo carinho e amizade.

Às minhas cunhadas Rafa, Lu, Cibele e Sílvia e à minha sogra Cida pela paciência e compreensão.

Às “irmãs de coração” Cá, Gi, Karol e Rê pela amizade, apoio e motivação.

A todos os meus familiares e amigos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

“Há três métodos para ganhar sabedoria: primeiro, por reflexão, que é o mais nobre; segundo, por imitação, que é o mais fácil; e terceiro, por experiência, que é o mais amargo.”

Confúcio

	PÁG.
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS _____	xv
LISTA DE ILUSTRAÇÕES – QUADROS _____	xvii
LISTA DE ILUSTRAÇÕES – TABELAS _____	xix
RESUMO _____	xxi
ABSTRACT _____	xxiii
APRESENTAÇÃO _____	xxv
1. INTRODUÇÃO _____	29
1.1.1. O sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços de emergência do Brasil _____	29
1.1.2. A avaliação e classificação de risco nas unidades de emergência _____	31
1.1.3. A avaliação e classificação de risco em uma Unidade de Emergência de um Hospital Universitário _____	35
1.2. JUSTIFICATIVA _____	38
2. OBJETIVOS _____	41
2.1. Objetivo Geral _____	41
2.2. Objetivos Específicos _____	41
3. SUJEITOS E MÉTODO _____	45
3.1. Local do estudo _____	45
3.2. Delineamento do estudo _____	45
3.3. Procedimentos _____	46
3.3.1. Avaliação do perfil e da demanda da unidade de emergência em estudo _____	46
3.3.2. Avaliação dos protocolos de classificação de risco existentes na literatura _____	47
3.3.3. Elaboração do protocolo de avaliação e classificação de risco para a unidade de emergência em estudo _____	48
3.3.4. Validação do conteúdo do protocolo de avaliação e classificação de risco para a unidade de emergência em estudo _____	48
3.3.5. Avaliação da confiabilidade do protocolo de avaliação e classificação de risco para a unidade de emergência em estudo _____	50
3.4. Análise dos dados _____	52
3.5. Aspectos éticos _____	52
4. RESULTADOS _____	57
4.1. Perfil dos pacientes e demanda da unidade de emergência em estudo _____	57
4.2. Validade de conteúdo _____	66
4.3. Avaliação da confiabilidade _____	75
5. DISCUSSÃO _____	81
5.1. Perfil dos pacientes e demanda da unidade de emergência em estudo _____	81
5.2. Validação de conteúdo _____	85
5.3. Confiabilidade _____	88
6. CONCLUSÃO _____	95
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	99
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	103

9. ANEXO		
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa		113
10. APÊNDICES		
Apêndice 1 – Instrumento de coleta de dados para caracterização da população atendida na Unidade de Emergência		117
Apêndice 2 – Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco em Unidade de Emergência – Encaminhado para validação de conteúdo		119
Apêndice 3 – Roteiro de Avaliação Juízes		127
Apêndice 4 – Guia para avaliação do Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco		145
Apêndice 5 – Roteiro para coleta de dados - Confiabilidade		147
Apêndice 6 – Instrumento para coleta de dados - Confiabilidade		149
Apêndice 7 – Fluxograma de Atendimento		157
Apêndice 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido		179
Apêndice 9 – Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco – Versão Final		181

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATS	Australian Triage Scale
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BAU	Boletim de Atendimento de Urgência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CH	Cirrose Hepática
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTAS	Canadian Triage and Acute Scale
DP	Desvio Padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESI	Emergency Severity Index
FC	Frequência Cardíaca
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FR	Frequência Respiratória
GECA	Gastroenterocolite aguda
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDA	Hemorragia Digestiva Alta
HDB	Hemorragia Digestiva Baixa
HIV	Human Immunodeficiency Vírus
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
IVAS	Infecção de vias aéreas superiores
MMII	Membros inferiores

MMSS	Membros superiores
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PNH	Política Nacional de Humanização
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel
SAS	Statistical Analysis System
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema único de Saúde
T°	Temperatura
UER	Unidade de Emergência Referenciada
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

LISTA DE ILUSTRAÇÕES - GRÁFICOS

	PÁG
Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes segundo o sexo. Campinas, 2010. _____	57
Gráfico 2 - Distribuição dos atendimentos por dia da semana. Campinas, 2010. _____	59
Gráfico 3 - Distribuição dos atendimentos por horário de chegada na Unidade. Campinas, 2010. _____	59
Gráfico 4 - Distribuição da classificação de risco por prioridade de atendimento. Campinas, 2010. _____	60
Gráfico 5 - Distribuição das dez queixas principais mais relatadas pelos usuários. Campinas, 2010. _____	63
Gráfico 6 - Distribuição da somatória das três queixas manifestadas pelos usuários. Campinas, 2010. _____	63
Gráfico 7 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem mais realizados. Campinas, 2010. _____	64

LISTA DE ILUSTRAÇÕES - TABELAS

	PÁG
Tabela 1 - Relação dos atendimentos por faixa etária e sexo. Campinas, 2010. _____	58
Tabela 2 - Distribuição das médias, desvio padrão, mediana, mínima e máxima entre os tempos de atendimento. Campinas, 2010. _____	61
Tabela 3 - Distribuição das médias, desvio padrão, mediana, mínima e máxima entre os tempos de atendimento por classificação de risco. Campinas, 2010. _____	62
Tabela 4 - Principais hipóteses diagnósticas identificadas nos BAU. Campinas, 2010. _____	65
Tabela 5 - Distribuição da porcentagem (%) de concordância entre os juízes Campinas, 2010. _____	66
Tabela 6 - Número de respostas concordantes na classificação de risco entre o observador-pesquisador e cada observador. Campinas, 2010. _____	76
Tabela 7 - Apresentação das classificações de riscos concordantes com itens divergentes, entre o observador-pesquisador e cada observador. Campinas, 2010. _____	76
Tabela 8 - Número de concordâncias e discordâncias entre observador-pesquisador e os quatro observadores nas diferentes prioridades de classificação de risco. Campinas, 2010. _____	77
Tabela 9 - Apresentação das classificações de riscos discordantes, entre o observador-pesquisador e cada observador. Campinas, 2010. _____	77

Introdução: A elaboração e implementação de um protocolo de classificação de risco em unidades de emergência prioriza o atendimento de acordo com a gravidade do paciente de maneira homogênea entre todos os profissionais. Desta forma, diminui-se o tempo de espera dos pacientes graves, melhorando a qualidade da assistência prestada. Para isto, é necessário conhecer a demanda e o perfil da Unidade, utilizando-se um protocolo compatível com estas características. **Objetivos:** Identificar o perfil sócio-demográfico e as principais queixas da população adulta atendida na Unidade de Emergência de um Hospital Universitário. Validar o conteúdo do protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes elaborado e verificar a sua confiabilidade. **Método:** Estudo descritivo/retrospectivo e metodológico desenvolvido na Unidade de Emergência de um Hospital Universitário no interior do Estado de São Paulo. Compreendeu cinco etapas: avaliação do perfil e da demanda da Unidade, avaliação dos protocolos de classificação de risco existentes na literatura, elaboração, validação de conteúdo e verificação da confiabilidade do protocolo. O instrumento utilizado para caracterização do perfil foi estruturado com base nos dados do Boletim de Atendimento de Urgência (BAU) e o protocolo de classificação de risco com base nos existentes na literatura. A amostra do perfil da população foi constituída por 3424 BAU do período de janeiro a dezembro de 2008. A validação de conteúdo foi realizada por seis juízes individualmente e uma reunião do comitê de juízes; a confiabilidade pela pesquisadora e quatro observadores, a última mediante aplicação do protocolo em 40 pacientes. **Resultados:** A procura espontânea pela Unidade foi feita, predominantemente, por mulheres jovens na faixa etária dos 14 aos 54 anos dos bairros próximos à Unidade durante a semana e no horário das sete às dezenove horas. As queixas mais frequentes foram: cefaléia, dor abdominal, dor torácica, lombalgia, tosse, febre, vômito, dispnéia, dor em MMII, náusea, tontura, dor de garganta, diarreia, mialgia, disúria, cervicalgia e dor em MMSS. Houve predominância da classificação de risco na prioridade verde (67%), sendo o tempo médio de espera para a classificação de 33,6 min e para o atendimento médico de 79,4 min. Na validação de conteúdo foram obtidos os seguintes percentuais de concordância entre os juízes: na organização -100% em 31 itens e 83,3% em quatro; na abrangência - 32 dos 35 itens obtiveram concordâncias iguais ou maiores a 66,6%; objetividade- 24 itens obtiveram concordâncias iguais ou maiores a 66,6% e na pertinência- 30 itens obtiveram concordâncias iguais ou maiores a 66,6%. Após a avaliação individual, o protocolo foi modificado na reunião do comitê de juízes. A confiabilidade obteve grau de concordância excelente (Coeficiente Kappa ponderado = 0,81). **Conclusão:** O perfil da amostra adulta atendida na Unidade foi de adultos jovens em idade produtiva, sexo

feminino, procedentes do próprio município, demanda espontânea, no período diurno em dias úteis. Os atendimentos apontaram para queixas de baixa complexidade, predominando a prioridade verde. O protocolo de avaliação e classificação de risco demonstrou validade de conteúdo e o teste de concordância entre os observadores apresentou excelente confiabilidade. Esta Dissertação de Mestrado pertence à linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Descritores: *Triagem; Serviços médicos de emergência; Enfermagem em emergência.*

Introduction: The design and implementation of a protocol for assessing risks in emergency care prioritizes according to the patient severity evenly between all professionals. Thus, the waiting time is decreased for critical patients, improving quality of care. Therefore, you must know demand and profile of the Unit, using a compatible protocol with these features.

Objectives: Identify the socio-demographic profile and the main complaints of the adult population at the Emergency Unit of a Hospital of University. Validate the contents of the protocol for assessment and risk classification of patients and verify its reliability. **Method:** A descriptive / retrospective and methodology developed in the Emergency Unit of a Hospital of University of São Paulo State. Comprised five steps: assessment of demand and the profile of the Unit; assessment of protocols of risk classification in the literature; development; content validation; and verification of the reliability of the protocol. The used instrument to characterize the profile has been structured based on data from the Bulletin of Emergency Room (BER) and the protocol of risk classification on the basis of the literature. The sample profile of the population consisted of 3424 BER from January to December 2008. The content validation was performed by six judges individually and a meeting of the committee of judges, the reliability of the researcher and four observers, the latter by applying the protocol in 40 patients. **Results:** The spontaneous demand for unity was made predominantly by young women aged 14 to 54 years in neighborhoods close to the unit during the week and on schedule from seven to nineteen hours. The most frequent complaints were headache, abdominal pain, chest pain, back pain, cough, fever, vomiting, dyspnea, pain in lower limbs, nausea, dizziness, sore throat, diarrhea, myalgia, dysuria, pain in neck and upper limbs. There predominance of risk classification in the priority green (67%), and the average waiting time for the classification of 33.6 min and for the medical care of 79.4 min. In the content validation were obtained the following percentages of agreement among the judges: the organization -100% in 31 items and 83.3% in four, in the coverage - 32 of 35 items had equal or greater concordance to 66.6%; objectivity - 24 items had equal or greater concordance to 66.6% and the relevance-30 items had equal or greater concordance to 66.6%. After individual assessment, the protocol was amended at the meeting of the committee of judges. The degree of reliability achieved excellent agreement (weighted kappa = 0.81). **Conclusion:** The profile of the sample answered in the adult unit were young adults of working age, female, coming from the municipality itself, spontaneous, during the daytime on weekdays. The consultations pointed to complaints of low complexity, predominantly green priority. The protocol for assessment and classification of risk demonstrated content validity and test of agreement between observers showed excellent

reliability. This Master Dissertation is of the Processes in Health Care and Nursing research line.

Keywords: *Triage; Emergency Medical Services; Emergency nursing.*

Como enfermeira assistencial e, posteriormente, como supervisora de enfermagem da Unidade de Emergência do hospital em estudo, vivenciei durante alguns anos a dificuldade de atendimento pela equipe, frente à elevada demanda de pacientes.

A classificação de risco realizada pelos enfermeiros da unidade, com o intuito de priorizar o atendimento de acordo com a gravidade de cada caso, tornava-se cada vez mais difícil, em decorrência da ausência de um Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco.

Percebi, então, a necessidade de implementação de um protocolo, visando padronizar o atendimento prestado e respaldar a equipe legalmente. Entretanto, ao avaliar os protocolos disponíveis na literatura pude perceber que nenhum deles adaptava-se às nossas necessidades.

Portanto, buscamos elaborar e validar um protocolo que atendesse às especificidades da nossa unidade.

Acreditamos que este protocolo contribuirá para melhorar o atendimento na Unidade de Emergência, diminuindo os riscos dos pacientes que permanecem aguardando na sala de espera.

1. Introdução

1.1.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços de emergência do Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, pela Lei 8.080, com o objetivo de garantir o atendimento público em saúde a toda população de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, tendo como alguns de seus objetivos investir na área da saúde de maneira a ampliar o acesso da população à atenção básica, bem como qualificar e ordenar o acesso aos serviços de urgência e emergência⁽¹⁻²⁾.

Anteriormente à criação do SUS, o atendimento à saúde da população brasileira ficava sob responsabilidade do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), restrito aos indivíduos que contribuía com a previdência social; os demais eram atendidos somente nos hospitais filantrópicos. A implantação do SUS definiu a saúde como dever do estado e direito de todo cidadão - Artigo 196 da Constituição Federal⁽³⁾.

Entretanto, apesar dos avanços no setor da saúde desde a implantação do SUS em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde⁽²⁾, o sistema ainda enfrenta dificuldades e mantém-se em processo de consolidação. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) no final de 2003⁽⁴⁾, mostrou que as filas nas emergências dos hospitais, o longo tempo de espera para a realização de exames e cirurgias e a incapacidade das unidades de saúde de acolherem os pacientes são queixas frequentes entre os usuários do SUS. Cabe ressaltar que mais de 90% da população brasileira é usuária do SUS de alguma forma.

Portanto, mesmo com as conquistas sociais e políticas garantidas pela Constituição Federal, ainda não foi possível a construção ideal de um modelo de atenção à saúde pública

com serviços de ações integradas, regionalizadas e hierarquizadas, uma vez que as atividades assistenciais e educacionais continuam centradas nos serviços hospitalares⁽⁵⁾, mantendo o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde.

Desta forma, a dificuldade de pactuação de uma rede assistencial de complexidade crescente, a baixa resolutividade dos serviços de atenção primária, o encaminhamento de pacientes de forma inadequada para as unidades de emergência, a falta de leitos de internação e de retaguarda para investigação dos casos atendidos nestas unidades, a insuficiência dos serviços pós-hospitalares de atenção domiciliar e reabilitação e a falta de acesso à atenção ambulatorial especializada são algumas das causas da sobrecarga dos Serviços de Emergência, sobretudo dos Hospitais Universitários⁽⁵⁻⁶⁾.

Além disso, a mudança no perfil de morbi-mortalidade da população brasileira nas últimas décadas também contribui para aumentar esta procura pelo atendimento nas Unidades de Emergência. De acordo com dados do MS (2001), tem ocorrido aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas e por causas externas, queda da mortalidade infantil, bem como aumento das mortes por câncer, doenças cardiovasculares e causas externas⁽⁷⁾.

Estes fatores contribuíram para que os serviços de emergência passassem a representar uma parcela importante da porta de entrada ao sistema de saúde, ocasionando uma distorção na utilização do sistema. Como consequência, observa-se a superlotação na maioria dos centros de emergência e dificuldades na realização do atendimento⁽⁸⁻⁹⁾.

Desde a década de 80, já havia a afirmativa que os pronto-socorros têm sido utilizados para suprir as carências de outros setores da saúde, gerando aumento da demanda dos serviços de emergência nas últimas duas décadas⁽¹⁰⁾, uma vez que parte da população usuária do SUS busca assistência para a resolução de problemas simples por meio de consultas nas unidades de emergência ao invés de utilizar a rede básica de saúde⁽⁹⁾.

Com o objetivo de humanizar a assistência em saúde - melhorando a qualidade do atendimento e assegurando a satisfação dos usuários e trabalhadores - o MS criou a Política Nacional de Humanização (PNH) e elaborou o projeto chamado QualiSUS - conjunto de mudanças que visa proporcionar maior conforto ao usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital⁽¹¹⁾.

Uma das ações da PNH e do QualiSUS inclui a implementação nos hospitais do acolhimento dos pacientes que chegam às emergências, dando fim às filas que se formam do lado de fora das unidades, e a realização de triagem classificatória de pacientes, priorizando o atendimento de acordo com a gravidade do caso e não mais impessoal e por ordem de chegada, como realizado anteriormente⁽¹⁾.

Chaves⁽¹²⁾ afirma que deve ser aplicado um processo de seleção de casos quando há um desequilíbrio entre o número de pacientes para atendimento e a capacidade de absorção do serviço.

1.1.2. A avaliação e classificação de risco nas unidades de emergência

A palavra triagem tem origem da palavra francesa *trier* que significa escolha, seleção. A triagem de pacientes teve origem com os militares nos campos de batalha em 1800, quando os soldados feridos eram classificados de acordo com a necessidade de cuidados médicos em três grupos: aqueles que estavam severamente feridos e não tinham condições de recuperação, os que precisavam de atenção imediata e os que poderiam aguardar para receber cuidados médicos⁽¹³⁾.

O conceito formal de triagem de pacientes foi introduzido nos Departamentos de Emergência dos Estados Unidos no final da década de 50, quando ocorreu um aumento significativo no número de pacientes que procuravam estes serviços. Apesar deste aumento

na procura, observou-se que muitos pacientes não apresentavam condições de saúde que necessitassem de atendimento urgente, tornando essencial a aplicação dos princípios de triagem para o estabelecimento de prioridades e a manutenção da ordem⁽¹³⁾.

No Brasil, este trabalho de classificação dos pacientes nas Unidades de Emergência teve início com o PNH e o QualiSUS^(1,11).

O termo triagem utilizado para definir a avaliação sistemática de pacientes nas unidades de emergência é usado pela maioria dos autores. Neste estudo serão utilizados os termos avaliação e classificação de risco; o motivo desta utilização está explicado a seguir.

A triagem identifica pacientes em condições de urgência que ameaçam a vida e diminui o congestionamento nas unidades de emergência. Um sistema de triagem eficiente aumenta a satisfação dos pacientes e melhora as relações com o público⁽¹⁴⁾.

Na língua portuguesa o termo triagem significa escolha, seleção⁽¹⁵⁾. Fica determinado, então, quem receberá atendimento médico. Entretanto, a triagem realizada pelo enfermeiro no serviço de emergência não tem a finalidade de rejeitar ou excluir o usuário, e sim organizar o fluxo de atendimento⁽⁸⁾. Daí a utilização do termo classificação de risco neste trabalho.

Segundo o HumanizaSUS⁽³⁾, a avaliação ou classificação de risco é definida como uma mudança na lógica do atendimento, sendo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada. Esta classificação é realizada por profissional de saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia de forma ágil o atendimento adequado para cada caso.

O enfermeiro é o profissional habilitado para a realização desta função, de acordo com a lei do exercício profissional⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Perante o exposto e frente às necessidades de implantação da classificação de risco nas unidades de saúde do Brasil, o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do Distrito Federal criou um parecer sobre o assunto. Segundo o Conselho, o acolhimento com classificação de risco pode ser realizado pelo enfermeiro desde que não haja exclusão de pacientes, que o atendimento médico seja garantido e que sejam firmados protocolos, promovendo a agilidade do atendimento de forma digna e harmonizada⁽¹⁶⁾. O COREN São Paulo também concorda com a decisão do MS⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Pires⁽⁸⁾ afirma que como existem diversos profissionais envolvidos na avaliação do paciente e diferentes opiniões acerca da gravidade do mesmo, deve-se estabelecer protocolos de atendimento estruturados.

No âmbito mundial, existem diversos protocolos de avaliação e classificação de risco e, no Brasil, os serviços que realizam esta atividade desenvolveram seus protocolos com base nos protocolos internacionais, bem como no protocolo do MS/Brasil. Entretanto, ainda são escassos os instrumentos para classificação de risco em nosso meio.

Dentre estes protocolos, os reconhecidos mundialmente são: o americano Emergency Severity Index (ESI)⁽¹⁹⁾, o australiano Australasian Triage Scale (ATS)⁽²⁰⁾, o canadense Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)^(14, 21) e o inglês Manchester Triage System (Protocolo de Manchester)⁽²²⁾.

Nos Estados Unidos o protocolo mais utilizado é o ESI, desenvolvido em 1998 e implantado em 1999 nos hospitais de ensino americanos, sendo aperfeiçoado no ano de 2000 e implantado em outros cinco hospitais. O ESI estratifica o risco dos pacientes em cinco prioridades, do nível 1 (mais urgente) ao nível 5 (menos urgente), sendo aplicado aos pacientes por enfermeiros com experiência em triagem. O protocolo baseia-se nas perguntas: “quem deve ser visto primeiro?” e “quanto tempo todos podem esperar?”, estabelecendo o tempo de espera para atendimento médico em cada nível de classificação⁽¹⁹⁾.

O AST é o protocolo de triagem desenvolvido na Austrália que classifica os pacientes em cinco categorias de prioridade clínica, com descrição dos critérios clínicos de cada categoria e estabelecimento do tempo de espera para atendimento médico. A categoria-1 corresponde ao atendimento imediato; na categoria- 2 o paciente deve ser atendido em menos de 10 minutos; na categoria- 3 em 30 minutos; na 4 em 60 minutos e na 5 em até 120 minutos⁽²⁰⁾.

O CTAS é o protocolo utilizado no Canadá desde 1999. O mesmo foi desenvolvido baseado no protocolo australiano e também apresenta cinco níveis de classificação de risco que priorizam o atendimento dos pacientes mais graves. O protocolo foi revisado em 2008, atribuindo-se cores aos cinco níveis de prioridade, sendo estas: azul (nível 1 – prioridade imediata), vermelho (nível 2 - tempo para avaliação médica de até 15 minutos), amarelo (nível 3 - tempo para avaliação médica de até 30 minutos), verde (nível 4 - tempo para avaliação médica de até 60 minutos) e branco (nível 4 - tempo para avaliação médica de até 120 minutos)^(14, 21). Em 2003, foi traduzido para o português e validado por Pires⁽⁸⁾.

O Protocolo de Manchester (Manchester Triage System) foi desenvolvido em 1994 por um grupo de médicos e enfermeiros conhecido como Grupo de Triagem de Manchester. Também compreende cinco níveis de gravidade, aos quais são atribuídos cor, número e nome, sendo estes: vermelho (categoria número 1 – emergente: atendimento imediato), laranja (categoria número 2 – muito urgente: atendimento médico em até 10 minutos), amarelo (categoria número 3 – urgente: atendimento médico em até 60 minutos), verde (categoria número 4 – pouco urgente: atendimento médico em até 120 minutos) e azul (categoria número 5 – não urgente: atendimento médico em até 240 minutos). Este protocolo baseia-se nos seguintes discriminadores gerais: risco de vida, dor, hemorragia, grau de estado de consciência, temperatura e agravamento da condição apresentada⁽²²⁾.

O Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco do MS do Brasil difere dos protocolos internacionais, uma vez que a classificação baseia-se em quatro

prioridades de atendimento e não cinco. Além disso, utiliza as cores vermelha, amarela, verde e azul para estabelecer estas prioridades. Pacientes classificados como vermelhos (prioridade zero) devem receber atendimento imediato, pois são considerados casos de emergência; os amarelos (prioridade 1) devem receber atendimento o mais rápido possível, sendo casos de urgência; os verdes (prioridade 2) são de prioridade não urgente e os azuis (prioridade 3) compreendem consultas de baixa complexidade que devem receber atendimento de acordo com o horário de chegada⁽²³⁾.

1.1.3. Avaliação e classificação de risco da Unidade de Emergência do Hospital Universitário

O atendimento realizado no Pronto-Socorro da Unidade em estudo era realizado por ordem de chegada dos pacientes até o ano de 2004. Neste ano, não conseguindo mais sustentar a elevada demanda de atendimento e visando estabelecer o verdadeiro papel de uma unidade de emergência de um hospital terciário dentro do SUS, o pronto-socorro foi modificado em Unidade de Emergência Referenciada (UER).

A partir deste ano ficou estabelecido que todo atendimento na UER deveria ser realizado mediante contato telefônico dos Sistemas de Atendimento Móvel (SAMU ou Resgate) ou pela Central Reguladora de Vagas e Prefeituras da região. Entretanto, a procura espontânea dos pacientes pela Unidade manteve-se ao longo dos anos, sendo necessária a adoção de um sistema de classificação de risco, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde⁽³⁾.

Desde 1998 havia a tentativa de implantação da classificação de risco na Unidade. No início daquele ano foram apresentados pelo Dr. Flávio César de Sá, Médico Docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, dois modelos de protocolos de triagem de pacientes realizada por enfermeiros

nos Estados Unidos, sendo um do San Francisco General Hospital, em São Francisco, e outro do Loyola Medical Center, em Chicago.

Baseado nos relatos do Dr. Flávio, que havia acompanhado o trabalho dos enfermeiros nos Estados Unidos, foi implantado o projeto "Pré-consulta de Enfermagem", que deveria evoluir, posteriormente, para a classificação de risco. Entretanto, como o número de enfermeiros no quadro de pessoal era insuficiente para a realização da classificação e o momento político não era favorável, não foi dado andamento à implantação do projeto.

Somente em 2004, com a mudança da Unidade para UER, teve início a classificação de risco. Naquele momento foram contratados maior número de enfermeiros, o que viabilizou a implantação da classificação de risco dos pacientes. Estes profissionais foram orientados pela chefia e capacitados com base no Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco no Ministério da Saúde. Houve ainda o início da elaboração de um protocolo próprio, porém o mesmo não foi concluído.

Atualmente, a classificação de risco da Unidade em estudo é realizada pelos enfermeiros com o respaldo da chefia de enfermagem e da equipe médica, porém ainda não há um protocolo estabelecido no local e tampouco a classificação dá-se de maneira homogênea. Esta classificação é realizada com base no Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco do MS⁽²³⁾.

Na referida Unidade, os enfermeiros fazem a avaliação inicial dos pacientes que serão atendidos, posteriormente, pelos clínicos e cirurgiões, excluindo da avaliação os pacientes com queixas psiquiátricas e ortopédicas.

Após aferição dos sinais vitais, verificação da queixa principal, avaliação dos fatores de risco e breve exame físico direcionado quando possível, o enfermeiro avalia o potencial de risco de morte ou complicações do paciente no estado atual e o classifica de acordo com a prioridade de atendimento.

Os pacientes são classificados por cores, sendo elas: vermelho (o paciente tem risco de morte iminente e é encaminhado diretamente à sala de emergência, sendo atendido imediatamente), amarelo (o paciente deve ser atendido em até 30 minutos), verde (o paciente não corre riscos, porém tem uma queixa que deve ser resolvida com prioridade oportuna) e azul (casos que deveriam ser atendidos na rede básica de saúde). Entretanto, a ausência de um protocolo de avaliação e classificação de risco na Unidade faz com que cada profissional, seja ele enfermeiro ou médico, entenda a queixa do paciente de acordo com seus conhecimentos, seus princípios e sua cultura, gerando desconforto na equipe e dificuldade de padronização do atendimento.

Entretanto, apesar de existirem na literatura diversos protocolos, cada serviço de saúde deve adaptar a classificação de risco de acordo com sua experiência, recursos, área física, número de leitos de retaguarda, perfil epidemiológico e diferenças culturais da população atendida, entre outros⁽²⁴⁾.

Ressalta-se que somente o Protocolo Canadense CTAS foi traduzido e validado para o português por Pires⁽⁸⁾, o que é necessário para a utilização adequada e fidedigna de instrumentos elaborados em outro idioma⁽²⁵⁾. Outra dificuldade encontrada para a utilização de outros protocolos, incluindo o de Manchester, por exemplo, foi a necessidade de adquirir o software para a utilização do mesmo, como ocorre no Hospital Municipal Odilon Behrens de Belo Horizonte⁽²⁶⁾.

A escolha da elaboração de um protocolo ao invés da utilização de um dos protocolos existentes na literatura surgiu após análise, pela autora, destes instrumentos, os quais se mostraram muito extensos e difíceis de serem aplicados à realidade em questão.

Frente à necessidade de realizar a classificação de risco, da ausência deste instrumento no serviço e da necessidade deste ser adaptado à unidade, o presente estudo visa desenvolver um protocolo de classificação de risco baseado nos protocolos nacionais e internacionais existentes.

O protocolo elaborado para a Unidade de Emergência em estudo trabalha com quatro prioridades de atendimento associadas às cores vermelho, amarelo, verde e azul, como o Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco do MS. Para todas as queixas são definidas cores e níveis de prioridades, além dos critérios clínicos que servirão de base para a avaliação do enfermeiro. Também foi elaborado um fluxograma de atendimento.

1.2. JUSTIFICATIVA

A elaboração e implementação de um protocolo de avaliação e classificação de risco tem por objetivo identificar o potencial de gravidade de cada paciente, por meio de suas queixas e sintomas, e priorizar o atendimento de maneira homogênea entre todos os profissionais envolvidos nesta tarefa. Desta maneira, deseja-se diminuir o tempo de espera dos pacientes graves nas unidades de emergência, melhorando a qualidade da assistência prestada.

Apesar de existirem na literatura vários protocolos de classificação de risco, é necessária a elaboração e utilização de um protocolo compatível com a demanda e as características do serviço de saúde da instituição em estudo.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Elaborar o protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes para uma Unidade de Emergência de um Hospital Universitário de um município do interior do Estado de São Paulo.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar o perfil sócio-demográfico da população atendida na Unidade de Emergência deste hospital;
- Identificar os principais agravos à saúde presentes na população atendida por esta unidade;
- Validar o conteúdo do protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes elaborado;
- Verificar a confiabilidade deste protocolo.

3. SUJEITOS E MÉTODO

3.1. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Emergência de um Hospital Universitário do município de Campinas – SP. A referida Unidade realiza, em média, 400 atendimentos por dia, incluindo as especialidades de clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, psiquiatria e pediatria.

Além de realizar atendimentos e consultas de emergência e urgência, a Unidade conta com oito leitos para o atendimento de pacientes intensivos e quatro leitos de ortopedia, bem como presta cuidados a pacientes que permanecem na unidade aguardando leitos de internação.

A equipe de enfermagem é composta por uma diretora e duas supervisoras de enfermagem, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Também dispõe de médicos, assistentes sociais, farmacêutica e funcionários administrativos.

3.2. Delineamento do Estudo

A pesquisa classifica-se como metodológica, descritiva e retrospectiva, com uma abordagem quantitativa.

De acordo com Polit e Hungler⁽²⁷⁾, a pesquisa metodológica compreende as investigações de métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. Consiste na

elaboração de um instrumento confiável que possa ser utilizado, posteriormente, por outros pesquisadores.

O presente estudo foi dividido em cinco etapas: avaliação do perfil e da demanda da Unidade de Emergência em estudo, avaliação dos protocolos de classificação de risco existentes na literatura, elaboração de um protocolo de avaliação e classificação de risco para a referida Unidade, validação de conteúdo e verificação da confiabilidade do instrumento.

3.3. Procedimentos

3.3.1. Avaliação do perfil e da demanda da unidade de emergência em estudo

Foi realizado um levantamento retrospectivo do perfil da população e da demanda de atendimento no ano de 2008 da Unidade de Emergência, mediante aplicação do instrumento apresentado no **Apêndice 1**, o qual foi construído com base nos dados presentes no Boletim de Atendimento de Urgência (BAU) da Unidade.

Este instrumento contém dados que possibilitaram a identificação e a caracterização sócio-demográfica dos usuários atendidos na Unidade de Emergência do Hospital Universitário. Estes dados compreendem os seguintes itens: iniciais do nome, número de registro no hospital, procedência, sexo e idade.

Também foi possível identificar o perfil de saúde desta população de acordo com as seguintes questões: queixa principal que levou o indivíduo a procurar o serviço de emergência, sinais vitais no momento da consulta de enfermagem, antecedentes pessoais (doenças prévias) que podem influenciar no problema atual, hipóteses diagnósticas e exames solicitados pelos médicos.

Foi avaliado ainda em que nível de prioridade de atendimento o paciente foi classificado pelo enfermeiro, de acordo com os itens: data do atendimento, horário de chegada na Unidade, horário da avaliação de risco, horário do atendimento médico e classificação de risco (vermelho, amarelo, verde ou azul - de acordo com a prioridade de atendimento).

A amostra foi calculada pelo Serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), utilizando-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Calculou-se uma amostra de 300 avaliações por mês, perfazendo o total de 3600 fichas.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e uma colaboradora (aluna do 4º ano de graduação em enfermagem) mediante consulta dos BAU no período de fevereiro a maio de 2009, aplicando-se o instrumento **Apêndice 1**.

3.3.2. Avaliação dos protocolos de classificação de risco existentes na literatura

Foram avaliados os seguintes protocolos de classificação de risco existentes na literatura: Protocolo de Manchester/Inglaterra⁽²²⁾, Protocolo AST/Austrália⁽²⁰⁾, Protocolo CTAS/Canadá^(8,14,21), Protocolo ESI/Estados Unidos⁽¹⁹⁾, Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco do Hospital Conceição/ Porto Alegre – RS⁽¹¹⁾, Projeto Acolhimento do Hospital Municipal Mário Gatti/ Campinas – SP⁽²⁸⁾, Protocolo do Hospital Odilon Behrens/ Belo Horizonte – MG⁽²⁴⁾ e Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco do MS/ Brasil⁽²³⁾.

3.3.3. Elaboração do Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco para a Unidade de Emergência em estudo

Após o levantamento do perfil e da demanda da população atendida na Unidade de Emergência durante o ano de 2008 e das queixas descritas nos protocolos consultados, elaborou-se o Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco para a referida Unidade (Apêndice 2).

O protocolo elaborado nesta pesquisa compreende quatro prioridades de atendimento, sendo: vermelho (grupo 1), amarelo (grupo 2), verde (grupo 3) e azul (grupo 4). Cada um destes grupos contém queixas, sinais e sintomas apresentados pelos pacientes que deverão ser avaliados e identificados pelo enfermeiro no momento da consulta.

Pacientes identificados na prioridade vermelha devem receber atendimento imediato; na prioridade amarela a espera deve ser, no máximo, 30 minutos; na verde o atendimento será em momento oportuno e na azul os pacientes serão atendidos somente quando os classificados nas outras prioridades tiverem sido atendidos.

3.3.4. Validação do conteúdo do Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco da Unidade de Emergência

A validação é um procedimento metodológico pelo qual o pesquisador avalia se determinado instrumento mede exatamente o que deve medir. Se o instrumento é válido, reflete verdadeiramente o conceito que deve medir⁽²⁹⁾. Além disso, a validade é um dos critérios capaz de avaliar a qualidade de um instrumento⁽³⁰⁾.

Existem três tipos de validade – validade de conteúdo, validade de constructo e validade de critério⁽²⁹⁾.

No presente estudo foi utilizada a validade de conteúdo, na qual ocorre uma avaliação detalhada do conteúdo do instrumento com o objetivo de verificar se os itens propostos constituem-se numa amostra representativa do assunto que se deseja medir. Esta avaliação é realizada por juízes considerados especialistas no conceito a ser medido, os quais poderão sugerir a retirada, acréscimo ou modificação dos itens⁽²⁹⁾.

A validação de conteúdo foi realizada em duas etapas, sendo uma avaliação individual dos juízes e uma reunião entre a pesquisadora e os juízes.

O protocolo (**Apêndice 2**) foi encaminhado para a apreciação de sete juízes, sendo dois docentes médicos e um de enfermagem de instituições públicas, um enfermeiro e dois médicos assistenciais que atuam na unidade de emergência em estudo e um enfermeiro que atua na área de emergência de uma instituição privada. Porém, somente seis juízes fizeram a devolutiva do protocolo.

Estes juízes foram selecionados por terem experiência na área de emergência ou experiência com classificação de risco. Os mesmos poderiam alterar ou sugerir mudanças com a finalidade de verificar a validade e a confiabilidade das informações contidas no mesmo.

Para que o protocolo pudesse ser apreciado pelos juízes, foi elaborado um roteiro contendo os itens do protocolo e os critérios de avaliação dos mesmos, sendo eles: organização, abrangência, objetividade e pertinência. Cada item do roteiro foi avaliado com relação a estes critérios, para os quais os juízes deveriam responder sim ou não. Ao final de cada item do roteiro, havia espaços em branco para que os mesmos pudessem registrar itens necessários e ausentes, itens desnecessários no instrumento e comentários ou sugestões (**Apêndice 3**). Os juízes receberam, concomitantemente, um guia de orientação para avaliação do roteiro (**Apêndice 4**).

Após o retorno das avaliações foi realizada a compilação de todas as respostas e sugestões. De posse destes dados foi agendada uma reunião de consenso entre a

pesquisadora e os juízes por sugestão dos membros da banca do exame de qualificação, com o intuito de otimizar a reestruturação do protocolo. Participaram deste comitê de juízes quatro dos juízes, na data em que viabilizou o maior número deles, sendo um enfermeiro, dois médicos assistenciais e um docente médico de instituição pública. Nesta reunião a pesquisadora apresentou todas as sugestões de alteração realizadas pelos seis juízes e cada participante da reunião expôs seus pontos de vista em relação a cada um dos itens, chegando-se a um consenso.

O protocolo sofreu diversas alterações, segundo as orientações deste comitê.

3.3.5. Avaliação da confiabilidade do Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco da Unidade de Emergência

Assim como a validade, a confiabilidade é um dos critérios de avaliação da qualidade de um instrumento, sendo estes dois os aspectos mais importantes na avaliação de um instrumento de medida⁽³⁰⁾.

Entende-se como confiabilidade a capacidade de um instrumento medir fielmente determinado fenômeno, podendo ser avaliada pelo grau de precisão e de coerência do instrumento. Portanto, quanto menor a variação das respostas produzidas pela aplicação do instrumento em repetidas mensurações, maior a confiabilidade do mesmo⁽²⁹⁻³⁰⁾.

A confiabilidade pode ser verificada segundo os seguintes métodos: estabilidade, concordância/ equivalência ou homogeneidade. No presente estudo foi utilizado o método de concordância ou equivalência, no qual dois ou mais observadores diferentes aplicam o mesmo instrumento simultaneamente com o objetivo de medir o mesmo fenômeno, porém fazendo os registros de maneira independente⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Nesta etapa da pesquisa participaram quatro enfermeiros que realizam classificação de risco na Unidade de Emergência. Para a inclusão destes enfermeiros considerou-se o

Sujeitos e Método

tempo de experiência na classificação de risco desta Unidade de, no mínimo, um ano e a concordância em participar do estudo. Dois deles trabalham no plantão da manhã (06h55min às 13h10min) e dois no plantão da tarde (13h10min às 19h15min).

Antes de iniciar a aplicação do protocolo, a pesquisadora realizou um treinamento individual durante uma hora com os enfermeiros, além de sanar todas as dúvidas em relação aos itens do mesmo.

A aplicação dos protocolos foi realizada seguindo um roteiro de coleta de dados desenvolvido pela pesquisadora (**Apêndice 5**), o qual continha os seguintes itens: data e horário da coleta de dados, enfermeiro que realizou a coleta, iniciais e idade do paciente, queixa do paciente que determinou a classificação de risco, sinais vitais (pressão arterial - PA, frequência cardíaca - FC, frequência respiratória - FR, temperatura - T°, glicemia e saturação de oxigênio). A pesquisadora e os enfermeiros deveriam preencher estes dados e assinalar a queixa que determinou a classificação de risco, além dos itens que os levaram a escolher determinada classificação.

Durante a coleta de dados a pesquisadora e os enfermeiros preenchiam, além do **Apêndice 5**, o instrumento apresentado no **Apêndice 6**, no qual assinalavam a queixa que determinou a classificação de risco e os sub-itens desta queixa. Esta coleta foi realizada concomitantemente entre a pesquisadora e cada um dos enfermeiros, não havendo comunicação entre ambos durante este processo.

Na descrição da avaliação da confiabilidade a pesquisadora foi denominada de observador-pesquisador e os enfermeiros de observadores 1, 2, 3 e 4.

Além destes instrumentos foi entregue aos enfermeiros um fluxograma com todas as queixas do protocolo, o qual facilitaria a consulta e escolha da prioridade do atendimento (**Apêndice 7**).

Antes de iniciar a coleta de dados realizou-se um pré-teste mediante a aplicação de dez instrumentos em pacientes escolhidos aleatoriamente, observando-se saturação da

amostra. Portanto, optou-se por dez aplicações do instrumento com cada um dos quatro enfermeiros, perfazendo o total de 40.

A seleção dos pacientes nos quais aplicou-se o protocolo foi aleatória, sendo que em um dia foram realizadas dez classificações de risco no período da manhã com um enfermeiro e dez no período da tarde com outro. No dia seguinte, o mesmo procedimento foi realizado pela pesquisadora e outros dois enfermeiros.

3.4. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos mediante consulta dos BAU e os decorrentes da aplicação do protocolo foram tabulados eletronicamente com o auxílio do programa Microsoft Excel XP e analisados quantitativamente sob orientação do Serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa da FCM/ UNICAMP.

Foi utilizado o programa SAS System for Windows (Statistical Analysis System) versão 9.2 para a análise estatística do perfil e da demanda da população da unidade de emergência e para a verificação da confiabilidade do protocolo.

Para a análise da confiabilidade foi utilizado o Coeficiente de Kappa Ponderado. Valores maiores que 0,75 representam excelente concordância, valores abaixo de 0,40 baixa concordância e valores situados entre 0,40 e 0,75 representam concordância mediana⁽³¹⁾.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FCM da UNICAMP, segundo parecer nº 1114/ 2008 (**Anexo 1**).

Após aprovação do projeto, foi solicitada a autorização da gerência de enfermagem e da diretoria médica da Unidade de Emergência do Hospital para a realização da coleta dos dados, obtendo-se pareceres favoráveis.

Os enfermeiros que participaram da etapa de confiabilidade assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (**Apêndice 8**).

4. RESULTADOS

4.1. Perfil dos pacientes e demanda da Unidade de Emergência em estudo

Dos 3600 BAU que deveriam compor esta amostra foram analisados 3424, uma vez que 176 não estavam preenchidos adequadamente, apresentando ausência de dados importantes para esta pesquisa como a queixa principal apresentada pelo paciente e a prioridade na classificação de risco em que o paciente foi classificado pelo enfermeiro.

Dos pacientes atendidos na unidade de emergência neste período 1839 pertenciam ao sexo feminino e 1585 ao masculino. A porcentagem referente a estes valores é apresentada no **Gráfico 1**.

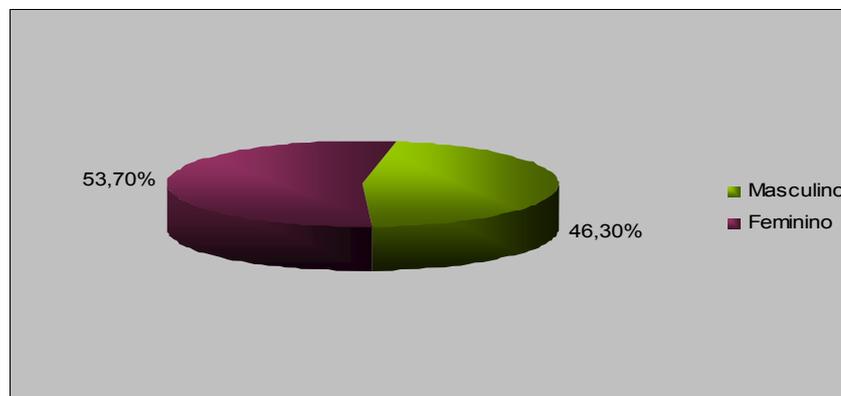


Gráfico 1- Distribuição dos pacientes segundo o sexo. Campinas, 2010.

A média de idade foi de 41,6 anos ($DP \pm 34,6$), com idade mínima de 14 e máxima de 94 anos. O maior número de fichas (75,5%) correspondeu aos indivíduos com idades entre 14 e 54 anos (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Relação dos atendimentos por faixa etária e sexo. Campinas, 2010.

Faixa etária (anos)	Sexo F	Percentual (%)	Sexo M	Percentual (%)	BAU consultados
14- 24	418	57,8	305	42,2	723
25-34	375	51,1	360	48,9	735
35-44	320	53,8	274	46,2	594
45-54	298	55,8	236	44,2	534
55-64	204	53,2	180	46,8	384
65-74	130	46,7	148	53,2	278
75-84	82	58,2	59	41,8	141
85-94	20	57,2	15	42,8	35
Total					3424

Com relação à procura pela UER, 95,3% foi espontânea, sendo que apenas 4,7% dos pacientes chegaram à Unidade transferidos de outros hospitais de Campinas e região, encaminhados de ambulatórios do próprio hospital, de centros de saúde ou trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel (SAMU).

Quanto à procedência 74,7% dos indivíduos eram do próprio município de Campinas, 24,04% de outras cidades do estado de São Paulo e, 1,29% de cidades de outros estados. Os bairros de Barão Geraldo e Cidade Universitária obtiveram 4,3%, Centro e Parque São Quirino 2,6% cada, representando os que mais procuraram o serviço. Outros bairros obtiveram percentuais menores e foram agrupados somando-se 84,57%.

Os dias da semana em que houve procura pela unidade apresentaram distribuição equilibrada no número de atendimentos, sendo que a procura foi maior no início da semana: segunda-feira 579 (17%), terça-feira, 578 (16%), quarta-feira 513 (15%), quinta-feira 489 (14%), sexta-feira 487 (12%), sábado 417 (11%) e domingo 361 (10%) (**Gráfico 2**).

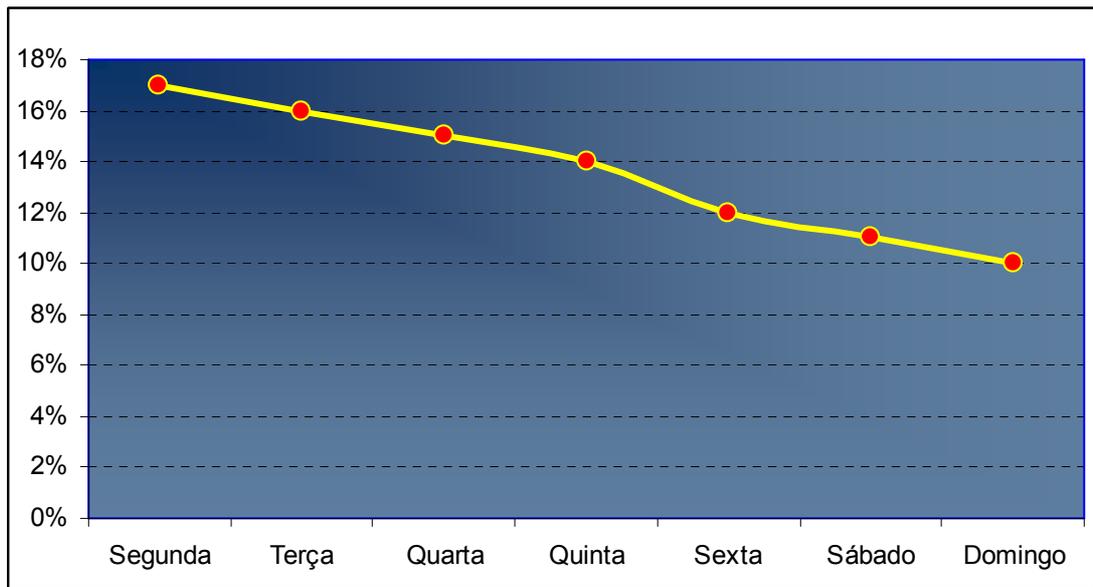


Gráfico 2 - Distribuição dos atendimentos por dia da semana. Campinas, 2010.

Observou-se que houve variação na procura pela unidade de emergência quanto aos horários de chegada dos pacientes. Das 6h55min às 13h10min (plantão manhã) 1533 (47%) pacientes deram entrada na UER, das 13h11min às 19h15min (plantão tarde) 1169 (34%) e das 19h16min às 07h00min (plantão noturno) 622 pacientes (18%). (**Gráfico 3**).

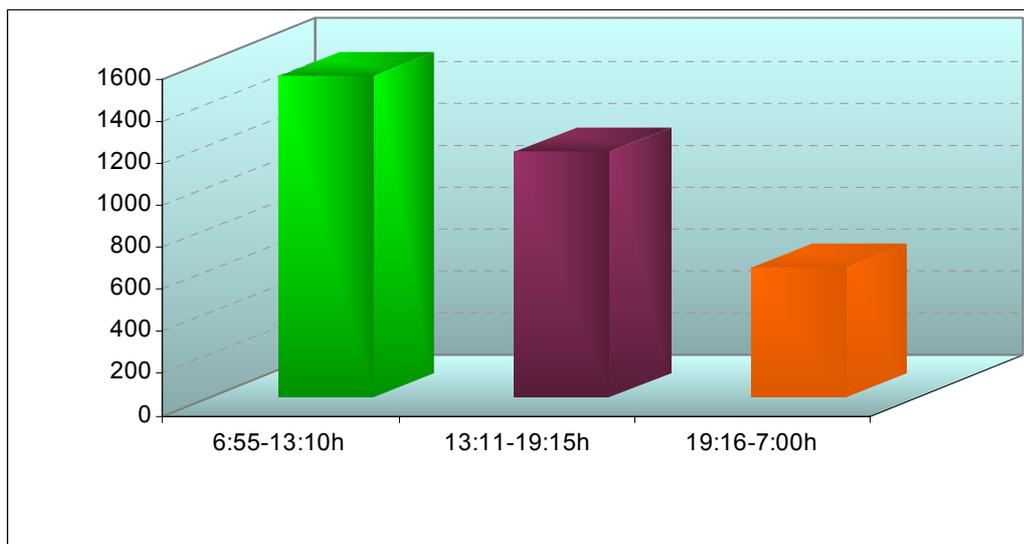


Gráfico 3 - Distribuição dos atendimentos por horário de chegada na Unidade, de acordo com os plantões. Campinas, 2010.

Quanto à classificação de risco realizada pelo enfermeiro, houve predomínio no plantão da manhã 1344 (49,58 %), seguido pelo plantão da tarde 964 (35,56 %) e pelo plantão noturno 403 (14,87 %). O tempo médio de espera entre a chegada do paciente e a avaliação de risco foi 31,3 minutos (DP \pm 27,6), com mínimo de zero e máximo de 508 minutos. Não houve registro do horário de atendimento ou problemas com a anotação em 713 fichas.

Na prioridade do atendimento 2306 (67%) pacientes foram classificados pelo enfermeiro na cor verde, 622 (18%) na azul, 409 (12%) na amarela e 87 (2 %) na vermelha (**Gráfico 4**).

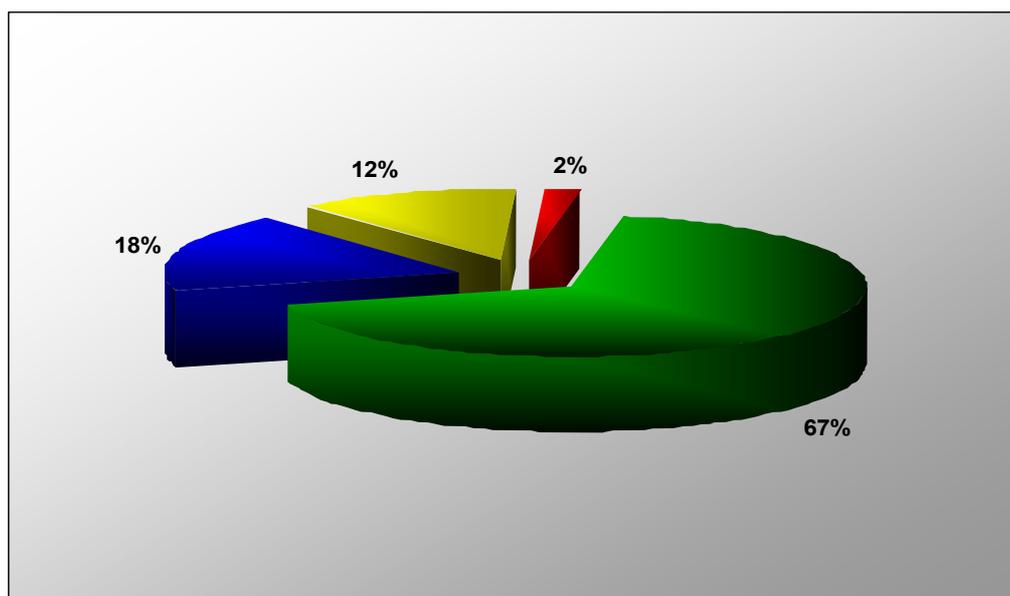


Gráfico 4 – Distribuição da classificação de risco por prioridade de atendimento. Campinas, 2010.

Não houve registro do horário de atendimento médico em 3013 (87,9 %) fichas. Das 411 que constavam o horário houve predomínio do número de avaliações médicas no período da tarde, no qual ocorreram 182 (44,28 %) atendimentos. No período da manhã houve 146 (35,52 %) e à noite 83 (20,19 %) avaliações.

Do total de fichas avaliadas, somente 361 continham as três informações de horário: hora de chegada do paciente na unidade, hora da avaliação de risco e hora da avaliação médica.

Nestas fichas, o tempo médio de espera entre a entrada do indivíduo na UER e a realização da classificação de risco foi de 33,6 min, entre a realização da classificação de risco e a avaliação médica foi de 79,4 minutos. O tempo total médio de espera entre a chegada do paciente e a avaliação médica foi de 113 minutos (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Distribuição das médias, desvio padrão, mediana, mínima e máxima entre os tempos de atendimento. Campinas, 2010.

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mínima</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máxima</i>
Tempo Chegada / Avaliação de Risco	361	33,6	22,2	0	29	134
Tempo Avaliação de Risco / Avaliação Médica	361	79,4	75,7	0	54	360
Tempo Total Chegada / Avaliação Médica	361	113	80,5	10	89	403

Das 361 fichas que continham os três horários, 20 dos pacientes foram avaliados pelo enfermeiro como prioridade de atendimento amarela, 234 verde e 107 azul.

Para as avaliações amarelas, o tempo médio de espera entre a chegada e a classificação de risco foi de 30,5 minutos; entre a classificação e a avaliação médica 28,5 minutos, sendo o tempo total entre a chegada e a avaliação médica de 59 minutos. Para as classificações verdes, o tempo médio de espera entre a chegada e a classificação de risco foi de 33,6 minutos; entre a classificação e a avaliação médica 56,2 minutos, sendo o tempo total entre a chegada e a avaliação médica 89,9 minutos. Enquanto para a azul, as médias foram 33,9, 139,6 e 173,5 minutos respectivamente (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Distribuição das médias, desvio padrão, mediana, mínima e máxima entre os tempos de atendimento por classificação de risco. Campinas, 2010.

<i>Avaliação de Risco</i>	<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mínima</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máxima</i>
Amarelo	Tempo Chegada / Avaliação de Risco	20	30,5	15,6	7,0	28,0	65,0
	Tempo Avaliação de Risco / Médica	20	28,5	26,0	0,0	21,0	110,0
	Tempo Total Chegada / Avaliação Médica	20	59,0	27,5	27,0	52,5	138,0
Azul	Tempo Chegada / Avaliação de Risco	107	33,9	23,5	0,0	27,0	107,0
	Tempo Avaliação de Risco / Médica	107	139,6	92,7	5,0	120,0	360,0
	Tempo Total Chegada / Avaliação Médica	107	173,5	97,9	19,0	154,0	403,0
Verde	Tempo Chegada / Avaliação de Risco	234	33,6	22,1	0,0	30,0	134,0
	Tempo Avaliação de Risco / Médica	234	56,2	49,5	0,0	41,5	250,0
	Tempo Total Chegada / Avaliação Médica	234	89,9	55,8	10,0	71,5	312,0

Foram identificadas 186 queixas principais sendo as dez mais frequentes: cefaléia com frequência de 316 casos, lombalgia (225 casos), dor abdominal (174), dor torácica (161), dor em membros inferiores (MMII) (122), dor de garganta (109), tosse (104), epigastralgia (103), dispnéia (98) e disúria (79). Não foram preenchidas as queixas principais em 138 fichas. Os percentuais correspondentes a estes valores são apresentados no **Gráfico 5**.

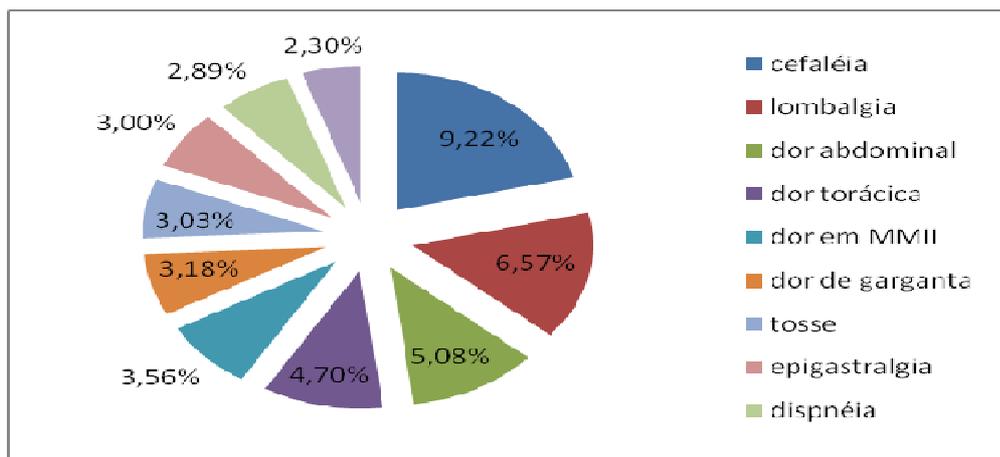


Gráfico 5 - Distribuição das dez queixas principais mais relatadas pelos usuários. Campinas, 2010.

Ao somar as queixas principais com as secundárias e terciárias manifestadas pelos usuários, obteve-se o total de 244 queixas, sendo que as 17 mais frequentes foram: cefaléia (527 casos), dor abdominal (522), dor torácica (328), lombalgia (296), tosse (289), febre (285), vômito (234), dispnéia (213), dor em MMII (204), náusea (186), tontura (167), dor de garganta (164), diarreia (145), mialgia (143), disúria (134), cervicalgia (111) e dor em membros superiores (MMSS) (110). O **Gráfico 6** apresenta os percentuais correspondentes a estes dados.

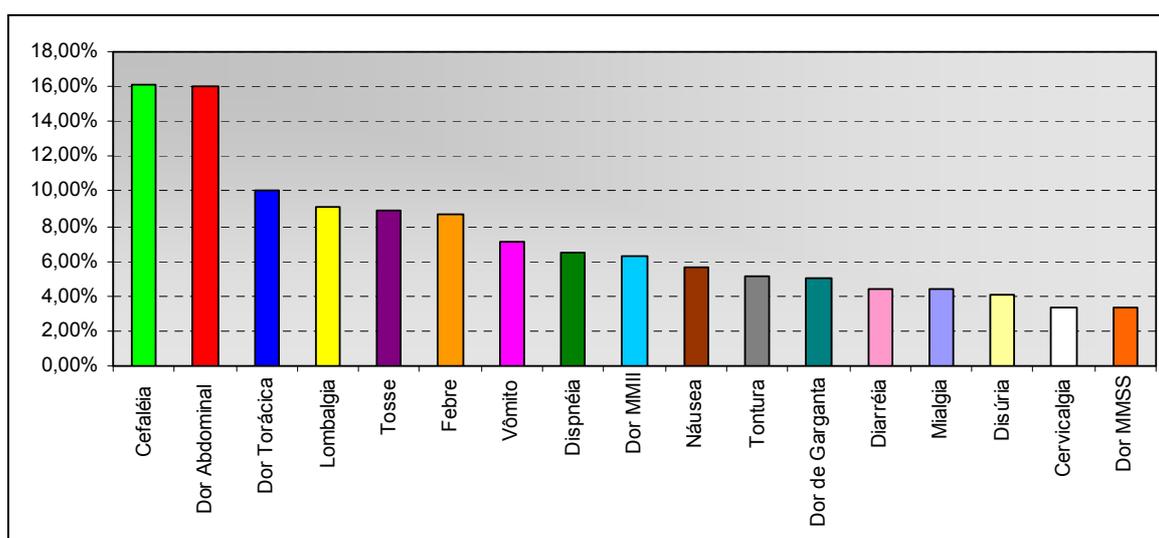


Gráfico 6 - Distribuição da somatória das três queixas (queixa principal, secundária e terciária) manifestadas pelos usuários. Campinas, 2010.

A sazonalidade das queixas apresentou pouca diversificação. Na primavera as queixas mais citadas foram cefaléia 65 (7,9%), dor torácica 49(6%) e lombalgia 48 (6%). No inverno, a cefaléia 79 (9,1%), tosse 58 (7%) e dor abdominal 50,0(6,1%). No outono, cefaléia 102 (12%), lombalgia 54(6,6%) e dor abdominal 39(4,7%) e, no verão, lombalgia 78(9,5%), cefaléia 65 (7,8%) e dor abdominal 43(5,2%).

O tempo médio de queixa dos usuários foi de 40 dias, com mínimo de um e máximo de 1095 dias.

Os exames complementares mais solicitados pela equipe médica foram: exames laboratoriais (sangue) 260 (7,5%), diagnóstico por imagem (raio X, ultrassom e tomografia computadorizada) 216 (6,3%), fita urinária 145(5%) e eletrocardiograma 130(5%).

Entre os procedimentos de enfermagem mais realizados teve-se: medicação EV 1450 casos, medicação VO 290 casos, coleta de sangue 260, medida da glicemia capilar 210, medicação IM 145, medicação SC 60, curativos 45 e lavagem intestinal 32. Os percentuais correspondentes a estes procedimentos são apresentados no **Gráfico 7**.

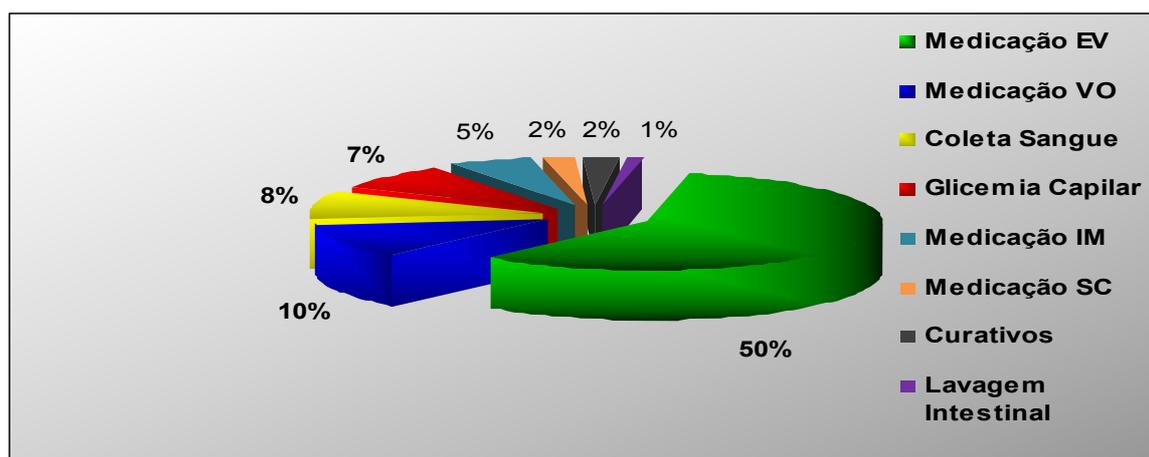


Gráfico 7 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem mais realizados. Campinas, 2010.

Do total de BAU analisados, não constava o dado hipótese diagnóstica em 668 (19,5%) deles. Naqueles em que constava este dado (transcritos da mesma forma que no

Resultados

BAU), obteve-se o total de 384 hipóteses diagnósticas, sendo: lombalgia 137 (4%), infecção do trato urinário (ITU) 102 (3%), infecção de vias aéreas superiores (IVAS) 95 (2,70%), cefaléia 93 (2,50,0%), gastroenterocolite aguda (GECA) 83 (2,4 %), sinusite 74 (2,2%), amigdalite 72 (2%), dispepsia 54 (1,5%), pneumonia 54 (1,4%), trauma 49 (1,5%) crise hipertensiva 48(1,4%) e asma 35 (1%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Principais Hipóteses Diagnósticas identificadas nos BAU. Campinas, 2010.

Hipótese Diagnóstica (HD)	Número	Percentual (%)
Lombalgia	137	5
ITU	102	3,7
IVAS	95	3,4
Cefaléia	83	3
Gastroenterocolite aguda	83	3
Sinusite	74	2,7
Amigdalite	72	2,6
Dispepsia	54	2
Pneumonia	54	2
Trauma (não especificado)	49	1,7
Crise hipertensiva	48	1,7
Asma	35	1,2
Outros HD	1870	67,8
Total	2756	100

Após os pacientes serem atendidos na Unidade, verificou-se que a maioria 2583 (75,4%) recebeu alta, ou seja, foi dispensado após consulta médica; 831 (24,2%) dos pacientes foram encaminhados para serviços externos à instituição e 10 (0,3%) encaminhados para internação no próprio hospital.

Durante a consulta de enfermagem as mensurações dos parâmetros vitais dos pacientes apresentaram grandes variações. A PAS média foi 140mmHg (min=70 ; máx=220); PAD média 80mmHg (min=40 ; máx=120), do total de 3186 (93%) BAU preenchidos em cada um dos dados. A frequência cardíaca teve média de 85 batimentos por minuto (bpm) (min=46; máx=186), do total de 3098 (89,9%) BAU preenchidos para este

Resultados

dado e a frequência respiratória obteve 18 movimentos respiratórios por minuto (min=12; máx=32), do total de 318(9,2%) BAU preenchidos para esse dado. A temperatura média foi 36,5°C (min=33; máx=39,5), do total de 1306 (38,1%) BAU preenchidos.

Na abordagem dos antecedentes pessoais dos usuários verificou-se a presença de casos de diabetes mellitus 248 (7,3%), hipertensão arterial sistêmica 708 (20,9%); cardiopatia 177(5,1%) acidente vascular isquêmico 27 (0,8%) e HIV 35 (1%) e, em torno de 6% de respostas em branco para cada um dos itens pesquisados.

4.2. Validade de Conteúdo

As avaliações dos juízes retornaram à pesquisadora, aproximadamente, dois meses após o envio. A validação de conteúdo foi realizada por seis juízes, uma vez que um deles não fez a devolutiva da avaliação do instrumento. Os juízes avaliaram cada item do protocolo de acordo com os quatro critérios apresentados: organização, abrangência, objetividade e pertinência.

A seguir, a **Tabela 5** demonstra a distribuição das porcentagens obtidas de respostas afirmativas entre os seis juízes.

Tabela 5 – Distribuição da porcentagem (%) de concordância entre os juízes. Campinas, 2009.

Grupos	Itens	Respostas dos juízes (%)			
		Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
Vermelho	1.1. PCR	100	100	100	100
	1.2. Inconsciência	100	66,6	83,3	100
	1.3. Dispneia	100	100	50	83,3
	1.4. Dor torácica	83,3	100	66,6	50
	1.5. Hipoglicemia	100	100	50	66,6
	1.6. Hiperglicemia	100	83,3	50	50

Resultados

	1.7. Cefaléia	100	100	66,6	83,3
	1.8. Déficit motor	100	100	66,6	83,3
	1.9. HAS	100	100	50	66,6
	1.10. Febre	100	100	83,3	66,6
	1.11. Dor abdominal	100	66,6	16,7	50
	1.12. Disúria	100	33,3	33,3	66,6
Amarelo	2.1. Dispneia	100	83,3	33,3	83,3
	2.2. Dor torácica	83,3	66,6	50	83,3
	2.3. Hipoglicemia	83,3	50	66,6	50
	2.4. Cefaléia	100	66,6	100	83,3
	2.5. HAS	100	66,6	50	66,6
	2.6. Dor abdominal	100	100	50	50
	2.7. Tosse	100	100	50	66,6
	2.8. HDA	83,3	100	100	83,3
	2.9. Lombalgia	100	66,6	83,3	83,3
Verde	3.1. Dispneia	100	100	100	83,3
	3.2. Dor torácica	100	100	100	100
	3.3. Cefaléia	100	100	100	83,3
	3.4. Diarréia	100	50	100	100
	3.5. Dor abdominal	100	100	66,6	66,6
	3.6. Tosse	100	83,3	100	83,3
	3.7. HDA	100	83,3	83,3	100
	3.8. Outras queixas de dor moderada	100	100	83,3	100
	3.9. Lombalgia	100	100	100	66,6
	3.10. Outros	100	66,6	100	100
Azul	4.1. Alterações na pele	100	100	100	100
	4.2. Queixas de dor leve com duração superior a uma semana.	100	100	100	100
	4.3. Demais queixas	100	100	100	100

Resultados

crônicas.

4.4. Pacientes
que procuram
a UER para a
realização de
procedimentos.

100

100

100

100

Com relação ao critério organização, observa-se que a maioria dos 35 itens avaliados obteve 100% de concordância entre os juízes, apenas quatro houve concordância de 83,3 %.

No critério abrangência, 21 itens foram avaliados com 100% de concordância, quatro obtiveram 83,3 %, sete 66,6 %, dois 50% e um 33,3 %. Portanto, 32 dos 35 itens obtiveram níveis de concordância iguais ou maiores a 66,6%.

Quanto à objetividade, 14 itens receberam 100%, cinco obtiveram 83,3 %, outros cinco 66,6 %, oito 50%, dois 33,3% e um 16,7% de concordância.

Em relação à pertinência, obtiveram os seguintes resultados: 11 itens 100%, outros 11 83,3%, oito 66,6% e cinco 50% de concordância.

As sugestões apresentadas pelos juízes para cada um dos itens avaliados em cada grupo estão descritas a seguir. Para apresentá-las, os juízes foram denominados da seguinte maneira: juiz 1, juiz 2, até juiz 6.

No grupo 1- Vermelho foram feitas as seguintes sugestões nos itens:

➤1.1 (PCR) - recebeu apenas uma sugestão de inclusão, do juiz 1, que solicitou incluir no sub-item **a** a especificação da verificação do pulso **carotídeo** e do tempo de verificação do mesmo por **cinco a dez segundos**.

➤1.2 (inconsciência) - o juiz 3 sugeriu modificar o nome do item para **coma**, enquanto que o juiz 4 propôs **alteração do estado mental**. O juiz 3 solicitou, ainda, acrescentar **ausência**

de resposta a estímulo verbal e tátil além do estímulo doloroso descrito no protocolo; o juiz 6 sugeriu deixar somente **ausência de resposta**.

⇒1.3 (dispneia) – as sugestões de exclusão foram: o juiz 1 dos sub-itens **j e k**; o juiz 2 **j, k e n**; o 3 **f, g, i, j, k, l e n**; o 5 **i, j, k, l e n**.

⇒1.4 (dor torácica) - foram feitas as seguintes sugestões: o juiz 1 propôs acrescentar **assimetria de pulsos** no sub-item **m**; o juiz 2 considerou este item muito parecido com a dor torácica do grupo 2, porém não fez solicitação de mudanças; o 3 sugeriu excluir os sub-itens **d, e, i, l, m e n**; o 5 excluir os sub-itens **c, d, g, h, k, l, m, n e o**, incluindo como sub-item **a idade maior de 60 anos**.

⇒1.5 (hipoglicemia) - o juiz 3 sugeriu excluir os sub-itens **b e d** e o 5 excluir todo o item.

⇒1.6 (hiperglicemia) - as sugestões de exclusão foram: juiz 1, sub-item **b**; juiz 2, todos, exceto os sub- itens **e e g**; juiz 3, sub-itens **b, d e f**, e, juiz 5 o item completo.

⇒1.7 (cefaléia) - os juízes 2 e 3 sugeriram acrescentar um sub-item **febre**; o juiz 5 excluir o sub-item **h** e acrescentar **forte intensidade** no sub-item **a**.

⇒1.8 (déficit motor) - juiz 3 solicitou exclusão dos sub-itens **h e i** e, juiz 5 a manutenção apenas do sub-item **a**, excluindo os demais.

⇒1.9 (HAS) - os juízes 1 e 2 solicitaram a revisão dos valores de corte da pressão arterial, porém não sugeriram quais; o juiz 3 sugeriu excluir os sub-itens **b e h**; o juiz 5 os sub-itens **b, d e h**.

⇒1.10 (febre) - os juízes 2 e 3 sugeriram a exclusão do sub-item **f**; porém, o juiz 3 solicitou também a modificação do termo **quimioterapia** por **imunossupressão**, no sub-item **g**. Os juízes 4 e 5 solicitaram a exclusão dos itens **e, f e g**. Além disso, o 5 propôs a modificação do parâmetro de febre de **38° C** para **37, 6° C**.

⇒1.11 (dor abdominal) - o juiz 1 solicitou a inclusão dos sub-itens: **presença de abdome em tábua, antecedente de cálculo renal e presença de oligo-anúria**. Todos sugeriram a

exclusão do sub-item **c**, com exceção do juiz 6 que propôs a inclusão dos sub-itens **diarréia** e **vômitos**. Além da exclusão do sub-item **c**, o juiz 3 sugeriu também a do **b** e, o juiz 5 os sub-itens **a, b e f**.

⇒ 1.12 (disúria) - deveria ser excluído do grupo vermelho, de acordo com os juízes 3 e 5. O juiz 4 propôs a exclusão do sub-item **c**, enquanto que o 6 incluiria os sub-itens **teste de Giordano positivo e presença de hematúria** neste item.

No grupo 2- Amarelo foram propostas as seguintes modificações nos itens:

⇒ 2.1 (dispneia) - o juiz 1 sugeriu a exclusão do sub-item **f**; os juízes 3 e 5 a dos sub-itens **a, e, f, h, i e j**. Além disso, o juiz 3 propôs acrescentar como sub-itens PA e FC normais e, o juiz 4 solicitou especificar o valor da saturação normal no sub-item **g** e excluir o sub-item **a**.

⇒ 2.2 (dor torácica) - o juiz 3 sugeriu excluir os sub-itens **d e g**; o juiz 5 os sub-itens **b, c, d e e**.

⇒ 2.3 (hipoglicemia) - o juiz 2 solicitou que o valor da glicemia capilar do sub-item **a** fosse modificado, porém não fez sugestão. O juiz 3 propôs a exclusão do item, mantendo a hipoglicemia somente no grupo 1 - vermelho. O juiz 5 sugeriu excluir o sub-item **b** e, o juiz 6 incluir o termo **desorientação** ao sub-item **b**.

⇒ 2.4 (cefaléia) - o juiz 1 solicitou a inclusão da descrição **dor muito intensa, incapacitante, progressiva e resistente a medicações** no sub-item **a**; o juiz 5 propôs a exclusão dos sub-itens **c, d e e**, além do acréscimo dos termos **dor de forte intensidade e progressiva** ao sub-item **a**. O juiz 6 também sugeriu acrescentar o termo **forte intensidade** a este sub-item.

⇒ 2.5 (HAS) - os juízes 1 e 2 sugeriram aumentar os valores de PAS e PAD, porém não manifestaram quais; o juiz 3 propôs a exclusão do sub-item **c** e a inclusão de um sub-item com **fatores de risco (diabetes mellitus, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral)**; o juiz 5 solicitou exclusão do sub-item **c** e modificação dos valores de PAS para 150 mmHg e de PAD 100 mmHg.

Resultados

⇒ 2.6 (dor abdominal) - o juiz 2 propôs a exclusão dos sub-itens **c** e **f**; o juiz 3 dos itens **b**, **c** e **f** e inclusão de um sub-item: **desconforto respiratório**. O juiz 5 fez as mesmas sugestões de exclusão do 3.

⇒ 2.7 (tosse) - os juízes 1, 3 e 5 sugeriram a exclusão do sub-item **a**.

⇒ 2.8 (HDA ou HDB) - o juiz 2 solicitou excluir o sub-item **c** e incluí-lo no grupo vermelho e, o juiz 3 propôs a exclusão do sub-item **d**.

⇒ 2.9 (lombalgia) - o juiz 3 sugeriu excluir o sub-item **c** e o 5 os sub-itens **c**, **d**, **e** e **g**. Enquanto, o juiz 4 propôs especificar melhor o sub-item **e**.

No grupo 3 - Verde as sugestões de alterações nos itens foram:

⇒ 3.1 (dispnéia) - somente o juiz 3 solicitou exclusão do sub-item **c**.

⇒ 3.2 (dor torácica) - o juiz 3 propôs a exclusão do sub-item **c** e a modificação do sub-item **a** para **dor em pontada de leve intensidade**.

⇒ 3.4 (diarréia) - o juiz 3 solicitou o acréscimo de dois sub-itens: **febre** e **ausência de alterações de consciência**. O juiz 4 sugeriu que fosse acrescentado este item também ao grupo amarelo, caso houvesse sinais de desidratação.

⇒ 3.5 (dor abdominal) - o juiz 3 propôs a exclusão do sub-item **c** e a modificação do sub-item **d** para **dor relacionada à menstruação**.

⇒ 3.6 (tosse) - o juiz 3 solicitou excluir o sub-item **a**, incluir um sub-item **emagrecimento** e modificar o sub-item **b** para **ausência de febre no momento da consulta**. O juiz 5 fez a mesma proposta de modificação do sub-item **b**.

⇒ Os itens 3.7 (HDA ou HDB), 3.8 (outras queixas de dor moderada) e 3.10 (outros) receberam propostas de modificação apenas do juiz 3, sendo elas: para o 3.7 excluir os sub-itens **a** e **c**; para o 3.8 alterá-lo para **outras queixas de dor moderada a leve**; o item 3.10 acrescentar o sub-item **imunossupressão**.

⇒ 3.9 (lombalgia) - não houve sugestões.

Resultados

No grupo 4 - Azul as sugestões de alterações foram apenas do juiz 5, que propôs modificação do item 4.1 (alterações na pele) para **lesões localizadas na pele** e exclusão do sub-item **b**.

Diante destas propostas realizou-se a reunião do comitê de juízes e, nesta atividade, foram apresentadas todas as respostas e trabalhados os itens em que ocorreram as discordâncias em maiores percentuais. As alterações realizadas após a reunião do comitê de juízes são apresentadas a seguir e o protocolo modificado é apresentado no APÊNDICE 9.

Primeiramente foram realizadas as alterações e, posteriormente, os itens foram dispostos em ordem alfabética dentro de cada grupo.

No grupo 1- Vermelho as modificações foram:

⇒ 1.1 (PCR) – a proposta do juiz 1 de inserção ao sub-item **a** da especificação da verificação do pulso carotídeo e do tempo de verificação do mesmo por cinco a dez segundos foi acatada.

⇒ 1.2 (inconsciência) - **Alteração do Estado Mental** e o sub-item **a** alterado para **ausência de resposta a estímulos (verbal, doloroso, tátil)**.

⇒ 1.3 (dispnéia) - exclusão dos sub-itens **i, j, k, l e n**. A frequência respiratória (sub-item **d**) foi alterada de 30 para 20 rpm, a pressão arterial diastólica (sub-item **h**) modificada de 70 para **60 mmHg** e a saturação de oxigênio (sub-item **m**) de 90 para **95%**. Também foi incluído o sub-item **frequência cardíaca > 100 bpm**.

⇒ 1.4 (dor torácica) - os sub-itens **c, d, g, h, k, l, n e o** foram excluídos; a dor na região precordial com característica de aperto, queimação ou pontada do sub-item **a** foi modificada para **dor na região precordial com característica de aperto e/ ou queimação**; a irradiação da dor para a região mandibular do sub-item **b** foi excluída, mantendo-se apenas a irradiação para o membro superior esquerdo; o sub-item **m** foi alterado para **assimetria de pulsos**. Além disso, foi incluído o sub-item **idade > 60 anos**.

Resultados

- ⇒ 1.5 (hipoglicemia) - mantido somente o sub-item **b**.
- ⇒ 1.6 (hiperglicemia) mantido somente o sub-item **d**.
- ⇒ 1.7 (cefaléia) - exclusão dos sub-itens **f** e **h** e modificação dos sub-itens **a**, **c** e **f**. No sub-item **a** ocorreu a inclusão da intensidade da dor (**forte**), no sub-item **c** a inclusão do tempo de déficit motor (**< 48 h**) e, no sub-item **f** a exclusão da pressão arterial, pois a mesma já estava descrita no sub-item **g**.
- ⇒ 1.8 (déficit motor) - mantido somente o sub-item **a**, acrescido do tempo de início do sintoma **< 48 h**.
- ⇒ 1.9 (HAS) - excluídos os sub-itens **b**, **d** e **h**.
- ⇒ 1.10 (febre) - exclusão dos sub-itens **e**, **f** e **g**; modificação do parâmetro de febre de **38° C** para **37, 6° C**, devendo esta temperatura **estar presente no momento da consulta**. Nos sub-itens **b** e **c** a pressão arterial e a frequência cardíaca inalteradas foram excluídas.
- ⇒ 1.11 (dor abdominal) - eliminados os sub-itens **a**, **b** e **c**; incluído o sub-item **frequência cardíaca > 100 bpm** e modificado o parâmetro febre do sub-item **e** de **37, 8° C** para **37, 6° C no momento da consulta**.
- ⇒ 1.12 (disúria) - excluído do grupo vermelho e contemplado em outro grupo.

Para o grupo 2- Amarelo foram feitas as modificações a seguir:

- ⇒ 2.1 (dispnéia) - excluídos todos os sub-itens e acrescentados outros dois: **história de asma ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)** e **alteração da ausculta pulmonar**;
- ⇒ 2.2 (dor torácica) - excluídos todos os sub-itens e acrescentado **história familiar de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)**.
- ⇒ 2.3 (hipoglicemia) - não houve.

- ⇒ 2.4 (cefaléia) - excluídos os sub-itens **a, b, c e d** e acrescentado o sub-item **dor de forte intensidade, incapacitante, progressiva e resistente a medicações**.
- ⇒ 2.5 (HAS) - excluídos todos os sub-itens e acrescentado **PA > 150/100 mmHg**.
- ⇒ 2.6 (dor abdominal) - exclusão dos sub-itens **b, c, d e e**; inclusão do sub-item **história pregressa de cálculo renal** e modificação dos sub-item **a** para **dor moderada**.
- ⇒ 2.7 (tosse) - exclusão dos sub-itens **a e g**, além da alteração dos sub-itens **b e d**. No sub-item **b** o parâmetro febre foi modificado de 37, 8° C para **37, 6° C no momento da consulta**; no sub-item **d** a frequência cardíaca foi alterada para **100 bpm**.
- ⇒ 2.8 (HDA ou HDB) - a frequência cardíaca foi de 90 para **100 bpm** no sub-item **b**.
- ⇒ 2.9 (lombalgia) - alterado para **dores nas costas**. Excluídos os sub-itens **a, c e e**; adicionados os sub-itens **pacientes transplantados e em quimioterapia e alteração de esfíncter**. A frequência cardíaca do sub-item **f** alterada para **100 bpm** e acrescentados **Human Immunodeficiency Virus (HIV) e Cirrose Hepática (CH)** no sub-item **g**.
- ⇒ Acrescentado ao grupo 2 Amarelo o item **alteração de sinais vitais** com os sub-itens a seguir: **PA > 150/100 mmHg, FC > 100 bpm, FR > 20 rpm e T > 37,8 °C**.

No grupo 3- Verde as alterações foram:

- ⇒ 3.1 (dispnéia) – acrescentado ao sub-item **a PA e FC sem alterações**; excluído do sub-item **d** febre sem repercussão hemodinâmica.
- ⇒ 3.2 (dor torácica) – modificação do sub-item item **b** para **sinais vitais dentro dos parâmetros normalidade**.
- ⇒ 3.3 (cefaléia) – não houve alterações.
- ⇒ 3.4 (diarréia) - não houve alterações.
- ⇒ 3.5 (dor abdominal) - excluído do sub-item **c** hábito intestinal inalterado.
- ⇒ 3.6 (tosse) – excluído o sub-item **a**; no item **b** excluído o termo presença de febre.

Resultados

- 3.7 (hemorragia digestiva alta ou baixa) - não houve alterações.
- 3.8 (outras queixas de dor moderada) – item modificado para **dor leve a moderada**; sub-item **b** modificado para **sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade**.
- 3.9 (lombalgia) - item modificado para **dores nas costas (cervicalgia, lombalgia)**; sub-item **a** modificado para **dor lombar leve ou moderada**; excluído sub-item **d**.
- 3.10 (outros) – item modificado para **casos especiais**; incluído o sub-item **gestantes**.

Para o grupo 4 - Azul foram feitas as seguintes modificações:

- 4.1 (alterações na pele) – item modificado para **lesões localizadas na pele**; excluído o sub-item **b** e acrescentado o sub-item **outras lesões de pele**.
- 4.2 (queixas de dor leve com duração superior a uma semana) – item modificado para **dor leve a moderada**; acrescentado como sub-item **queixas de dor leve com duração superior a uma semana**.
- 4.3 (demais queixas crônicas) – acrescentado o sub-item **queixas crônicas não agudizadas**.
- 4.4 (pacientes que procuram a Unidade de Emergência para a realização dos seguintes procedimentos) - não houve alterações.

4.3. Avaliação da Confiabilidade

Na avaliação da confiabilidade, observa-se na **Tabela 6** que o observador-pesquisador e o observador-1 concordaram na classificação de risco dos dez pacientes avaliados. Com os observadores 2 e 4 houve oito avaliações concordantes e com o observador-3 nove, num total de 35 avaliações concordantes.

Porém, apesar dos observadores 2 e 4 apresentarem o mesmo número de avaliações concordantes, os Coeficientes de Kappa foram diferentes para ambos (0,79 e 0,60, respectivamente), pois houve maior diferença na classificação de prioridade entre o pesquisador e o observador 4.

Tabela 6 - Frequência de respostas concordantes na classificação de risco entre o observador- pesquisador e cada observador. Campinas, 2010.

	Obs	Amarelo	Verde	Azul	Nº Concordantes	Coeficiente Kappa
Observador pesquisador	1	3	5	2	10	1,00
	2	3	5	0	8	0,79
	3	2	5	2	9	0,87
	4	3	5	0	8	0,60

Apesar de não haver discordância na classificação de risco entre o observador-pesquisador e o observador-1, houve divergência no item da classificação em três casos; com os observadores 2 e 4 esta divergência ocorreu em dois casos e com o observador – 3 em um caso, como pode ser observado na **Tabela 7**. A subdivisão em cada coluna de classificação corresponde à resposta da pesquisadora nas primeiras colunas e dos observadores nas segundas.

Tabela 7 - Apresentação das classificações de riscos concordantes com itens divergentes, entre o observador- pesquisador e cada observador. Campinas, 2010.

	Observador-pesquisador					
	Amarelo		Verde		Azul	
Obs 1	2.1	2.2	3.7	3.8	4.1	4.4
Obs 2	2.11	2.1		0		0
Obs 3	2.1	2.9		0	4.1	4.2

Na **tabela 8** observou-se ainda que para cada prioridade de atendimento, o número de avaliações concordantes apresentou variações, das quais: 11 (27,5 %) amarelas, 20 (50 %) verdes e quatro (10 %) azuis, sendo o coeficiente de kappa ponderado 0,81. As avaliações discordantes corresponderam a cinco casos (12,5 %).

Tabela 8 – Frequência de concordâncias e discordâncias entre observador-pesquisador e os quatro observadores nas diferentes prioridades de classificação de risco. Campinas, 2010.

		Observadores 1, 2, 3, 4			
Observador pesquisador		Amarelo	Azul	Verde	Total
	Amarelo	11	1	2	14
Verde	0	1	20	21	
Azul	0	4	1	5	
Total	11	6	23	40	

Já a Tabela 9 mostra o comportamento das cinco avaliações de risco discordantes. Nas avaliações entre o observador-pesquisador e o observador-2 um paciente foi classificado como verde pelo pesquisador e como azul pelo observador-2 e um paciente classificado como amarelo pelo pesquisador e azul pelo observador-2. Para o observador-3 o paciente foi considerado como prioridade verde e para o pesquisador, azul. E, para o observador-4 dois pacientes eram verdes, sendo estes amarelos para o observador pesquisador.

Tabela 9 - Apresentação das classificações de riscos discordantes, entre o observador- pesquisador e cada observador. Campinas, 2010.

Classificações de risco			
Obs-pesquisador	Obs2	Obs3	Obs4
Verde 3.6	Azul 4.2	0	0
Amarelo 2.1	Azul 4.2	0	0
Azul 4.0	0	Verde 3.7	0
Amarelo 2.1	0	0	Verde 3.5
Amarelo 2.1	0	0	Verde 3.6

Resultados

5. Discussão

5.1. Perfil dos pacientes e demanda da Unidade de Emergência em estudo

A distribuição por sexo dos pacientes atendidos na UER obteve maior porcentagem do sexo feminino em relação ao masculino. Este perfil da população foi semelhante ao apontado pelo DATASUS⁽³²⁾ do município estudado, que apontou 50,74% de indivíduos do sexo feminino e 48,98% do masculino, sendo que outros estudos nacionais corroboram esta distribuição⁽³³⁻³⁷⁾.

Com relação à faixa etária que mais utilizou a Unidade, observou-se que dos 14 aos 54 anos somaram-se 75,5% dos atendimentos, o que demonstra que a procura pelo serviço é realizada, predominantemente, pela população jovem e feminina.

A maior utilização da UER foi de usuários que residem em bairros mais próximos à Unidade. Alguns estudos^(32,34-35,38) apontam que o maior uso do serviço de emergência está relacionado à menor distância da moradia ao serviço, além da cultura imediatista dos usuários, podendo-se fazer uma analogia dos pacientes que esperam acesso e tratamento fácil e rápido.

Quanto à procura pela UER, 74% desta foi procura espontânea de usuários do próprio município, o que demonstra que a Unidade não tem funcionado como unidade de emergência referenciada.

Enquanto a demanda masculina por serviços ambulatoriais é descrita, em sua maior parte, como gerada pelo trabalho ou pelo seguro social, a demanda feminina representa ser voluntária, revelando uma maior propensão das mulheres a buscarem cuidados de saúde de modo espontâneo^(36,39-40). Vários estudos mostram as causas de procura dos usuários aos serviços de urgência/emergência hospitalar, a acessibilidade geográfica é apontada como

um dos motivos, assim como a qualidade geral do atendimento, a resolutividade do serviço, o acesso à medicação e as dificuldades de acesso às consultas na atenção básica^(37,39,41-42).

A estrutura organizacional das Unidades não-hospitalares de atendimento à urgência e emergência na região metropolitana de Campinas apontou deficiências em relação à estrutura física, equipamentos, materiais e medicamentos que são bastante diversificados entre as Unidades nos diferentes municípios estudados. Este fato pode se tornar uma tarefa complexa se o tratamento dos pacientes e o auxílio à atenção primária não forem resolvidos, tornando essas Unidades de baixa resolutividade, levando os usuários a procurarem os hospitais diretamente na busca de solução para seus problemas de saúde⁽⁴³⁾.

Apesar de ter havido equilíbrio do número de atendimentos entre os dias da semana, o maior número deles ocorreu às segundas e terças-feiras. O maior volume de atendimentos ocorreu no período da manhã, com 45% destes, seguido pelo período da tarde com 34%. Esses períodos com maior volume correspondem aos horários em que as unidades de saúde da rede estão abertas e que, *a priori*, deveriam absorver essa demanda^(36,39). Esses achados corroboram com estudos nacionais^(33,35) e internacional⁽³⁸⁾ que apontaram a procura pelo período diurno. Ainda que as unidades de saúde da rede estejam abertas neste período o modelo hospitalocêntrico ainda é o vigente no país. Contudo, as reflexões sobre as transformações ocorridas no modelo de atenção à saúde vem substituindo esse modelo pela proposta do programa saúde da família⁽⁴⁴⁾.

Em relação à classificação de risco, ela é uma tarefa exclusiva do enfermeiro⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, devendo ser realizada por enfermeiros capacitados e habilitados para reconhecer sinais e sintomas de gravidade quando da chegada de um paciente em uma unidade de emergência.

O que observou-se neste estudo é que os enfermeiros classificaram 67% dos pacientes na prioridade de cor verde, o que pode representar a verdadeira demanda da Unidade estudada, como também ser um dado falso positivo, uma vez que no local ainda

não existe protocolo de avaliação de risco estabelecido, o que permite interpretações subjetivas das queixas dos usuários por parte dos profissionais que o realizam.

Com relação às queixas mais frequentes apresentadas pelos pacientes, entre as 186 relatadas, estavam presentes cefaléia, lombalgia, dor abdominal, dor torácica, dor em MMII, dentre outras. Estes achados são similares aos obtidos em outros estudos^(33,35,37,39), com destaque para as pesquisas realizada no sul do país^(33,45) em que sintomas de doenças crônicas estiveram presentes nas unidades de emergência, demonstrando que, freqüentemente, pacientes com queixas não emergenciais comparecem a estas unidades para um manejo que poderia ser ambulatorial, fato que contribui para a superlotação desnecessária dos serviços de emergência⁽⁸⁻⁹⁾.

Ainda nesta pesquisa foi possível observar que a sazonalidade não interferiu nos tipos de queixas.

As hipóteses diagnósticas mais frequentes, lombalgia, ITU, IVAS, cefaléia e GECA, também apresentaram comportamento semelhante a outros estudos nacionais^(33,35-37). Em um estudo⁽³⁵⁾ os autores relacionaram as hipóteses diagnósticas com o pico de atendimentos como, por exemplo, à maior mobilidade da população no período de férias escolares e carnaval e à mudança de hábitos alimentares neste período, sendo destacadas GECA, cefaléias e infecções virais. Ainda segundo os autores, a análise desses dados só foi possível devido à criação de um banco de dados informatizado.

Nesta pesquisa observou-se, durante a coleta de dados, que não existe um banco informatizado com todos os dados e o preenchimento incorreto com letra ilegível ou de forma incompleta dificultou, parcialmente, a análise dos dados. Como citado anteriormente, ressalta-se a importância da informatização dos dados para a realização de pesquisas futuras.

Em outra pesquisa⁽³⁹⁾ a segunda maior causa de procura pela unidade de emergência foram as doenças do aparelho respiratório, seguidas pelas doenças do aparelho

digestivo, retratando a pobreza e as condições de saúde da população nordestina como fator limitante para essas doenças.

Em relação aos exames complementares mais solicitados pela equipe médica, destacam-se os exames laboratoriais (sangue), exames de diagnóstico por imagem, fita urinária e eletrocardiograma, o que também é observado em outros estudos brasileiros⁽³³⁻³⁵⁾. Estes dados demonstram a importância das unidades básicas na resolutividade dos problemas de saúde da população⁽⁹⁾, uma vez que os pacientes não necessitariam procurar a unidade de emergência para a realização destes exames, com exceção de alguns exames de imagem.

Os procedimentos de enfermagem mais realizados também foram de baixa complexidade, envolvendo as medicações pelas diferentes vias, coleta de sangue, medida de glicemia capilar, sendo que na literatura não foi encontrado nenhum estudo que relacionasse os procedimentos de enfermagem com a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem em unidades de emergência.

O destino do paciente após a consulta médica foi a dispensa para a maioria, o que aponta a inexistência de gravidade nos atendimentos, apesar da variação dos parâmetros vitais observados durante a avaliação de risco realizada pelo enfermeiro, situação semelhante encontrada em estudos nacionais de grandes capitais como São Paulo, Florianópolis e Salvador^(33,35,37).

Portanto, o que observou-se nesta pesquisa foi que a demanda de atendimento poderia ser acolhida pelas unidades básicas de saúde da área de residência do usuário, apontando a necessidade de orientação da população quanto à utilização adequada dos serviços de saúde disponíveis no município, bem como a reorganização do sistema público de saúde.

Fato semelhante ocorre nas unidades de pronto atendimento que também têm sido subutilizadas pelos usuários^(43,46-47). Como já mencionado por outro autor⁽⁴³⁾ a facilidade de

Discussão

acesso à medicação e a resolução dos pequenos problemas de saúde nas unidades de emergência faz com que muitas pessoas, mesmo sem a necessidade de atendimento de urgência e emergência, busquem-nas.

Neste sentido seria importante articular as unidades hospitalares (pronto- socorros), as unidades não-hospitalares de atendimento à urgência e emergência (pronto-atendimentos) e as unidades básicas de saúde (UBS) para buscarem, estrategicamente, a inversão deste fluxo. Isto que significa que a "porta de entrada" deve ser iniciada na UBS e somente a demanda referenciada ser encaminhada às outras unidades, respeitando a hierarquia da complexidade dos casos, o que a longo prazo traria benefícios ao sistema de saúde e à população.

Com o intuito de que essas Unidades possam cumprir os seus objetivos junto à rede assistencial do SUS, medidas estratégicas devem ser adotadas para que os usuários dessas Unidades possam usufruir de um serviço com qualidade.

5.2. Validação de Conteúdo

A validade de conteúdo envolve o julgamento de profissionais, com vasta experiência, dos itens contidos no instrumento com o intuito de avaliar se estes são representativos do que se deseja medir^(27,29-30).

O protocolo de classificação de risco teve avaliação positiva em relação à organização, uma vez que 31 dos 35 itens foram julgados como organizados. Em relação à abrangência, 32 itens avaliados obtiveram concordância entre os juízes iguais ou superiores a 66,6%, o que demonstra que o protocolo é organizado e capaz de abranger a diversidade de casos atendidos na Unidade em estudo.

Entretanto, no item objetividade 24 itens obtiveram concordância iguais ou superiores a 66,6 %, o que sugere que apesar de abrangente o protocolo continha muitos sub-itens para cada queixa, resultando confusão durante a avaliação de risco e, portanto, mudança na priorização do atendimento. Após as alterações do protocolo frente às sugestões individuais e do comitê de juízes, observou-se que na etapa de confiabilidade este obteve grau de concordância excelente.

No critério pertinência a avaliação dos juízes foi positiva, uma vez que o julgamento de 30 itens obteve porcentagens iguais ou superiores a 66,6% de concordância.

Diante destes resultados, observou-se que os juízes compreenderam a maioria dos itens do protocolo e que o conteúdo, após as alterações sugeridas, poderia ser entendido pelos enfermeiros que realizam classificação de risco. Sugere-se que o instrumento apresenta validade de conteúdo.

Dentre os grupos de prioridade de atendimento avaliados pelos juízes, o vermelho e o amarelo foram os que mais receberam sugestões de mudanças e tiveram mais alterações após a reunião do comitê de juízes. A retirada de itens que não fariam diferença na avaliação dos pacientes foi favorável, mantendo somente aqueles de extrema importância.

Nos itens que contemplavam valores de sinais vitais, buscou-se uniformizá-los, sendo considerados PA aumentada se $> 140/90$ mmHg, PA diminuída se $< 100/60$ mmHg, FR aumentada se > 20 rpm, taquicardia se $FC > 100$ bpm e febre se temperatura $> 37,6$ ° C no momento da consulta.

Com relação ao parâmetro adotado para a PA, dois juízes se posicionaram contra por acreditarem que estes valores podem superestimar a queixa de alguns pacientes, aumentando o número de pacientes amarelos e causando dificuldade no atendimento prestado. Entretanto, utilizou-se como base as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁽⁴⁸⁾.

O item dor torácica foi bastante modificado pelos juízes. No grupo vermelho foram mantidos os sub-itens importantes para a identificação precoce da dor torácica nos casos de síndromes coronarianas agudas, dissecação de aorta e pneumotórax, os quais necessitam de atendimento imediato, conforme recomendado na IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST⁽⁴⁹⁾. Nos grupos amarelo e verde permaneceram os sub-itens que não caracterizam a necessidade de atendimento imediato, e sim aqueles potencialmente de risco (grupo amarelo) e aqueles característicos de outras dores como as musculares, por exemplo (grupo verde).

Para a hipertensão arterial, foram mantidos no grupo vermelho os sub-itens que caracterizam emergência hipertensiva, ou seja, elevação abrupta da pressão arterial com perda da auto-regulação do fluxo cerebral e evidências de lesão vascular ou de sinais que indicam lesões em órgãos-alvo em progressão (acidente vascular cerebral, edema pulmonar agudo, síndromes isquêmicas miocárdicas agudas e dissecação aguda da aorta). Nestes casos, há risco de lesão orgânica grave e risco iminente de vida^(48,50). No grupo amarelo, considera-se que o paciente está hipertenso, porém sem risco de lesão orgânica aguda.

No item PCR foram mantidos os sub-itens que identificam este evento, de acordo com as Diretrizes Internacionais sobre PCR⁽⁵¹⁾.

Quanto à cefaléia, foram mantidos no grupo vermelho os sintomas que identificam as emergências, como traumas crânio-encefálicos, hemorragia sub-aracnóidea, hematoma subdural, meningite. No grupo amarelo, os sintomas apresentados identificam os casos de cefaléia tensional, migrânea, hipertensão arterial e, no grupo verde, as cefaléias nas quais a dor é considerada leve e não incapacitante.

De acordo com um estudo brasileiro, a migrânea foi responsável por 56,4% dos casos de cefaléia nos pacientes que procuraram a unidade de emergência de um Hospital Universitário. Ainda segundo os autores, dos casos de cefaléia atendidos na Unidade 77%

foram de cefaléia primária, ou seja, os pacientes foram encaminhados para a resolução da dor e não para a realização de procedimentos diagnósticos mais especializados, o que contribui para a sobrecarga das unidades de emergência terciárias em nosso país⁽⁵²⁾.

No item déficit motor manteve-se o sub-item que identifica os casos de AVC isquêmico ou hemorrágico. Entretanto, o tempo de déficit definido pelos juízes (48 horas) para o grupo vermelho foi questionado pelos enfermeiros durante a confiabilidade. Estes profissionais sugeriram a permanência do tempo de déficit menor de três horas no grupo vermelho, uma vez que este é o tempo indicado para a realização da trombólise que demonstrou diminuição na incapacidade funcional no caso do AVC isquêmico⁽⁵³⁻⁵⁴⁾. Além disso, sugeriram a inclusão do item déficit motor no grupo amarelo com o tempo maior de queixa.

A dispnéia pode ser causada por diversas patologias: asma, DPOC⁽⁵⁵⁾, crise hipertensiva⁽⁵⁰⁾, infecções, entre outras. No grupo vermelho do item dispnéia foram mantidos os sintomas que caracterizam insuficiência respiratória aguda. No amarelo aquela associada aos casos de DPOC e asma, sem sinais de insuficiência respiratória e, no verde, os casos em que não há risco de deterioração do estado clínico do paciente.

5.3. Confiabilidade

Conforme apontado nos resultados, o nível de concordância entre o observador-pesquisador e o observador-1 foi excelente para todas as categorias de classificação de risco, demonstrando ter ocorrido boa assimilação do entendimento do protocolo. Mas, apesar das classificações terem sido concordantes entre eles houve discordância no item de classificação em três casos, o que não mudou a prioridade de atendimento nem trouxe riscos ao paciente.

O que pode ser exemplificado em uma das avaliações, na qual a queixa do paciente era diminuição da acuidade auditiva/ procura da Unidade para realização de lavagem de

ouvido, esta situação foi classificada como azul por ambos. Porém, o pesquisador considerou como queixa a procura da Unidade para realização de procedimentos (item 4.4) enquanto o observador-1 de queixa crônica não agudizada (4.1).

Em outra avaliação de prioridade verde, o pesquisador considerou a queixa dor nas costas (3.8) e o observador-1 a queixa dor torácica (3.7). Na terceira avaliação com itens discordantes, a prioridade foi considerada amarela, sendo a queixa do paciente confusão mental com alterações de sinais vitais. Para a classificação do item a pesquisadora considerou a alteração do estado mental apresentada pelo paciente (2.2) e o observador-1 a alteração dos sinais vitais (2.1).

Estes exemplos apontam que uma mesma queixa pode ser interpretada de diferentes pontos de vista e chegarem ao mesmo destino, a prioridade de atendimento.

Os resultados obtidos das avaliações entre o pesquisador e o observador-1 apontam que o conhecimento e a experiência são fatores essenciais para a decisão de qual prioridade classificar o paciente, fato também apontado em estudo australiano⁽⁵⁶⁾.

Entre o observador – pesquisador e os observadores 2 e 3 o nível de concordância também foi excelente. Porém, com o observador-2 houve uma discordância no item dentro da mesma classificação e duas discordâncias de prioridade do atendimento.

No caso em que houve discordância de itens, a queixa apresentada pelo paciente foi de disúria e lombalgia, com alteração da pressão arterial (PA= 179/81 mmHg). O pesquisador considerou o item alteração de sinais vitais (2.1) e o observador-2 o item hipertensão arterial (2.11), o que culminou com a mesma prioridade de atendimento.

Contudo na discordância de prioridade, o observador-pesquisador classificou um paciente como verde e o observador-2 como azul, sendo a queixa do paciente dor de ouvido há 15 dias. A pesquisadora considerou o item dor leve a moderada com sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade (3.6) e o observador-2 o item dor leve a moderada com duração superior a uma semana (4.2). Neste caso, a diferença na priorização do

Discussão

atendimento não trouxe riscos ao paciente, por serem estas classificações consideradas como não emergenciais e poderem ser atendidas, inclusive, em unidades básicas de saúde.

Os achados demonstram que será necessária ampla capacitação dos enfermeiros para a realização da classificação de risco e maior aplicabilidade/ avaliação do protocolo para melhorar a especificidade do mesmo. A capacitação dos enfermeiros mostra-se extremamente necessária, uma vez que estudos⁽⁵⁵⁻⁵⁶⁾ demonstram que quanto maior a qualificação profissional e maior número de horas praticadas na classificação de risco melhores serão os resultados na priorização do atendimento.

Para a realização da etapa de confiabilidade deste estudo foi utilizada somente uma hora de capacitação individual com esclarecimento das dúvidas dos enfermeiros, bem como a aplicação do protocolo em dez pacientes, e acredita-se que será necessária a capacitação de toda a equipe de enfermeiros antes da implantação do protocolo na Unidade em estudo. Além disso, faz-se necessária a aplicação do protocolo um maior número de vezes pelos profissionais com o objetivo de conhecê-lo adequadamente e habituar-se à sua utilização.

Na outra avaliação em que houve discordância na prioridade do atendimento, o paciente foi classificado como amarelo pela pesquisadora e azul pela observadora-2. A queixa era de dor em membro superior há uma semana. Apesar de, *a priori*, parecer erro grave de uma das avaliadoras, ressalta-se que uma discreta alteração da frequência cardíaca (FC = 106 bpm) fez com que a pesquisadora enquadrasse o paciente no item alterações de sinais vitais (2.1), parâmetro que não foi considerado pelo outro observador, levando-o a classificar o paciente no item dor leve a moderada com duração superior a uma semana (4.2). Diante deste fato percebe-se que há necessidade de revisão dos valores de corte dos sinais vitais.

Entre o pesquisador e o observador-3 houve duas discordâncias no item dentro da mesma classificação e uma discordância de prioridade do atendimento. Para a mesma classificação e itens divergentes, um dos casos foi classificado como amarelo, sendo a

queixa do paciente febre e mialgia com temperatura de 38° C e FC de 124 bpm. A pesquisadora considerou o item febre (2.9) e o observador-3 alterações de sinais vitais (2.1), apontando entendimento adequado do protocolo. No segundo caso, azul, no qual a queixa era dor de ouvido há dois meses, a pesquisadora utilizou o item dor leve a moderada superior a uma semana (4.2) e o observador-3 o item queixa crônicas (4.1). Neste caso, pode ser necessário maior especificação do que será considerado como queixa crônica, apesar deste fato não ter comprometido a avaliação do paciente e a priorização do atendimento.

Quanto à discordância na prioridade do atendimento, o observador-pesquisador classificou um paciente como azul e o observador-3 como verde, sendo a queixa dor torácica após atividade física. A pesquisadora considerou como prioridade azul, pois no momento da avaliação o paciente apresentava-se assintomático e com sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade, sugerindo inclusive a inclusão deste item na classificação azul. O observador-3 enquadrou o paciente no item dor torácica com sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade (3.7). Neste caso, observa-se a necessidade de inclusão de um outro item no protocolo: paciente que tem uma determinada queixa, porém apresenta-se assintomático no momento da avaliação.

Com o observador-4 não ocorreram discordâncias no item dentro da mesma classificação, mas duas discordâncias de prioridade do atendimento.

Em uma das classificações, o pesquisador utilizou a prioridade amarela e o observador-4 a verde. A queixa apresentada pelo paciente foi mialgia, febre e cefaléia. A pesquisadora considerou o item alterações de sinais vitais (2.1), uma vez que a FC era de 109 bpm; a observadora enquadrou o usuário no item dor leve a moderada (3.6), não considerando esta alteração da FC, como no caso ocorrido com o observador-2.

No outro caso, houve a mesma discrepância entre o pesquisador e o observador-4, ou seja, a diferença na classificação de risco (amarelo versus verde) ocorreu porque o

Discussão

observador não considerou novamente a taquicardia apresentada pelo paciente (FC = 113 bpm).

Estes achados reiteram a necessidade de revisão dos valores de corte dos parâmetros vitais já sugerida anteriormente e, a melhoria no esclarecimento dos enfermeiros quanto ao alerta de considerar importantes alterações discretas que poderão evoluir para graves repercussões hemodinâmicas enquanto o paciente aguarda o atendimento médico.

Cabe ressaltar que os observadores que tiveram menor coeficiente kappa e, portanto, menor concordância na classificação, possuíam menos tempo de atuação na Unidade de Emergência e na atividade de classificação de risco, enquanto os que apresentaram maior coeficiente executavam esta atividade a mais tempo. Este fato sugere que quanto maior a experiência do profissional na atividade, as chances de divergências parecem diminuir como demonstrado em estudo americano⁽⁵⁷⁾.

Os dados apontam que, embora haja diferença na experiência com a classificação de risco e a capacitação realizada pela pesquisadora tenha sido breve, a confiabilidade do protocolo foi excelente (kappa ponderado 0,81), o que demonstra que o protocolo é claro e objetivo, sendo possível aplicá-lo adequadamente à realidade da unidade em estudo.

Outro fator importante é a necessidade de exercitar a utilização do protocolo maior número de vezes para melhorar a habilidade na aplicação e evitar erros, como também poder apontar dificuldades e sugerir melhorias.

6. CONCLUSÃO

O perfil da amostra adulta atendida na UER no ano de 2008 foi, predominantemente, de adultos jovens em idade produtiva, do sexo feminino, procedentes do próprio município de Campinas, os quais procuraram a Unidade por demanda espontânea no período diurno em dias úteis.

Os atendimentos apontaram para queixas de baixa complexidade, uma vez que houve predominância da prioridade de atendimento verde. Estes resultados apontam para uma demanda não condizente com o porte de uma Unidade de Emergência de um hospital terciário, demonstrando a busca subestimada pela população.

As principais queixas manifestadas pelos usuários foram: cefaléia, dor abdominal, dor torácica, lombalgia, tosse, febre, vômito, dispnéia, dor em MMII, náusea, tontura, dor de garganta, diarreia, mialgia, disúria, cervicalgia e dor em MMSS.

O tempo médio de espera de atendimento é elevado, refletindo a grande demanda de pacientes que procuram a Unidade. Porém, é necessária maior conscientização da equipe quanto à importância de registro dos horários de atendimento, uma vez que este dado estava ausente em diversas fichas.

O protocolo elaborado apresenta validade de conteúdo e, depois de realizadas as alterações sugeridas, a confiabilidade do mesmo apresentou resultados excelentes. O fluxograma de atendimento mostrou-se de fácil aplicabilidade pelos enfermeiros, sendo importante para facilitar a busca pela queixa em cada prioridade de atendimento.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do protocolo e do fluxograma de atendimento elaborados nesta pesquisa mostrou-se de fácil aplicabilidade pelos enfermeiros para a população da Unidade em estudo, apresentando resultados satisfatórios na classificação de risco, o que facilitará o processo de implantação deste instrumento na Unidade.

Serão necessários novos estudos com amostras maiores de pacientes para avaliar o impacto da aplicação deste protocolo na Unidade de Emergência. Porém, acredita-se que a utilização do mesmo trará inúmeros benefícios para os usuários e para a equipe, uma vez que haverá padronização do atendimento, diminuindo os riscos causados aos pacientes durante a espera pelo atendimento e trazendo maior segurança para aqueles que o utilizam.

Além disso, a aplicação do instrumento um maior número de vezes faz-se necessária para verificar possíveis problemas, que poderão ser modificados posteriormente para melhor adequação à realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF); 2006.
2. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde- [Acesso em 12 de abril de 2008]. Disponível em: URL: <http://www.senado.gov.br>.
3. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. HumanizaSUS. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF); 2002.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília (DF). CONASS, 2003.
5. SANTOS JS. Da fundação do Hospital das Clínicas à criação da Unidade de Emergência e sua transformação em modelo nacional de atenção às urgências. Medicina Ribeirão Preto. 2002; 35: 403-18.
6. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. Cienc Saude Colet. Nov/Dez 2009; 14 (5).
7. Brasil. Ministério Da Saúde. Anuário estatístico de saúde do Brasil 2001. Brasília (DF); 2001. [Acesso em 12 de abril de 2008]. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br>.

8. Pires PS. Tradução para o português e validação de instrumento para triagem em serviços de emergência: "Canadian Triage and Acute Scale (CTAS)". [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.
9. O'Dwyer G, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. Cienc Saude Colet. Set./Out 2008; 13 (5).
10. Azevedo AC. Contribuição à metodologia de análise de hospitais complexos. [Tese Livre-Docência]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 1989.
11. Brasil. Ministério Da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Boas práticas de humanização na atenção e na gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre; 2006.
12. Chaves DPL. Estudo sobre triagem no serviço de emergência. Revisão da literatura. Rev Gaúcha Enferm. 1987; 8 (2): 181-96.
13. Gilboy N, Travers D, Wuerz R. Emergency nursing at the millennium. Re-evaluating triage in the new millennium: a comprehensive look at the need for standardization and quality. J Emerg Nurs. 1999; 25: 468-73.
14. Beveridge R, Clarke B, Janes L, Savage N, Thompson J, Dodd G et al. Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department. Triage & Acuity Scale (CTAS). Endorsed by the Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), the National Emergency Nurses Affiliation of Canada (NENA), and L'association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ). Canadá; 1998.

15. Mini Aurélio: século XXI. 4ª ed. Rio de Janeiro. Nova Fronteira. 2001.
16. Brasil. Parecer Técnico nº 016/2005 do COREN do Distrito Federal. Brasília (DF) 2005. [Acesso em 15 de abril de 2008]. Disponível em: URL: <http://www.coren-df.org.br>.
17. Brasil. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN). Documentos básicos de enfermagem. São Paulo (SP). 2001. [Acesso em 15 de abril de 2008]. Disponível em: URL: <http://www.corensp.org.br>.
18. Brasil. Parecer do COREN-SP sobre o Programa de Acolhimento e Classificação de Risco do Ministério da Saúde. São Paulo (SP). 2007. [Acesso em 15 de abril de 2008]. Disponível em: URL: http://www.saude.sp.gov.br/content/ii_oficina_acolhimento.mmp
19. Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.
20. Guidelines for implementation of the Australasian Triage Scale (ATS) in Emergency Departments. Australasian College for Emergency Medicine. 2001.
21. Beveridge R. The Canadian triage and acuity scale: a new critical element in health care reform. J Emerg Med. 1998; 16 (3): 507-11.
22. Triagem no Serviço de Urgência. Grupo de Triagem de Manchester. Editor: Paulo Freitas. 1997.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília. 2004.
24. Mafra AA, Martins P, Belezia B, Shimazaki ME, Barbosa YR, Rates SMM, et al. Acolhimento com classificação de risco no pronto-socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens de Belo Horizonte. Belo Horizonte (MG). 2006. [Acesso em 15 de abril de 2008]. Disponível em: URL: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/revista_hob_mai06_versao_5.pdf
25. Coluci MZO, Alexandre NMC. Adaptação cultural de instrumento que avalia atividades do trabalho e sua relação com sintomas osteomusculares. Acta Paul Enferm. 2009; 22 (2): 149-54.
26. Souza CC. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). 2009.
27. Polit D, Hungler BP. Delineamento de pesquisa. In: Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre. Artes Médicas. 1995. p. 107-40.
28. Projeto acolhimento no Pronto-Socorro do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. Campinas (SP). [Acesso em 15 de abril de 2008]. Disponível em: URL: http://www.saude.sp.gov.br/content/ii_oficina_acolhimento.mmp
29. Lobiondo- Wood G, Haber J. Confiabilidade e validade. In: Lobiondo- Wood G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2001. p. 186- 99.

30. Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa. Tradução de Sílvia Ribeiro de Souza. 2ª Ed. São Paulo – Rio de Janeiro. Hucitec. 1997.
31. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. 2ª Ed. John Wiley & Sons Inc. Nova Iorque. 1981.
32. Prefeitura Municipal de Campinas [internet]-[2008] –[acessado em 17 de setembro de 2009]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude>.
33. Silva VPM, Silva AK, Heinisch RH, Heinisch LMM. Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Arq Catarinenses de Medicina. 2007; 36(4):18-25.
34. Furtado BMASM, Araújo Júnior JLC, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. Rev Bras Epidemiol. 2004; 7(3): 279-89.
35. Jacobs PC, Matos EP. Estudo Exploratório dos Atendimentos em Unidade de Emergência em Salvador - Bahia. Rev Assoc Med Bras. 2005; 51(6): 348-53.
36. Universidade de São Paulo- Faculdade de Saúde Pública (SP). Projeto “avaliação sociais de saúde OSS /São Paulo: estudo do perfil da demanda do serviço de pronto socorro do hospital geral de Itaquaquecetuba. São Paulo (SP). 2002.64 p. Relatório Final.

37. Barakat SFC. Caracterização da demanda do Serviço de Emergências Clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo [Tese de doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004 .120 p.
38. Fajardo-Ortiz G, Ramírez-Fernández FA. Utilización del servicio de urgencias en un hospital de especialidades. Cir Ciruj. 2000; 68: 164-68.
39. Simons DA. Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do programa Saúde da Família. [Tese de doutorado]. Recife: Fundação Osvaldo Cruz- Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães; 2008.161 p.
40. Aquino EML, Menezes GMS, Amoedo MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rev Saúde Pública. 1992; 26(3): 195-202.
41. Aranaz AJM, Noqueras MR, Gea MTC, Rodrigo VB, Garcia PA, Pajares FG. Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgências hospitalarios por iniciativa propia? Gaceta Sanitária. 2006; 20(4): 311-15.
42. Felisberto E, Leal C, Samico IC. Referência na atenção pediátrica: uma “emergência” em Pernambuco. Rev Bras Saude Mater Inf. 1994; 9: 61-9.
43. Almeida, AO. Unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência da Região Metropolitana de Campinas: aspectos organizacionais e conhecimento teórico dos enfermeiros sobre PCR/RCP. [Dissertação] Campinas. São Paulo (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2008.144p.

44. Downing A, Wilson R. Temporal and demographic variations in attendance at accident and emergency departments. *Emerg Med J.* 2002; 19: 531-35.
45. Baker K. Review Article Chronic pain syndromes in the emergency department: Identifying guidelines for management. *Emerg Med Australasia.* 2005; 17(1): 57-63.
46. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina Ribeirão Preto.* 2003; 36: 498-515.
47. Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2005. 120p.
48. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2006.
49. Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 93(6 supl.2): e179-e264.
50. Martin JFV, Higashiyama E, Garcia E, Luizon MR, JP Cipullo. Perfil de crise hipertensiva. Prevalência e apresentação clínica. *Arq Bras Cardiol.* Agosto 2004; 83 (2): 125-30.

51. Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care- an international consensus on science. The American Heart association in collaboration with the international Liaison Committee on resuscitation. *Circulation*. 2000; 46: 1-446.
52. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Tratamento da cefaléia em uma unidade de emergência da cidade de Ribeirão Preto. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(3-B): 813-18.
53. Raffin CN, Fernandes JG, Evaristo EF, Neto JIS, Friedrich M, Puglia P, *et al*. Revascularização clínica e intervencionista no acidente vascular cerebral isquêmico agudo: opinião nacional. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006; 64(2-A): 342-48.
54. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 1995; 333:1581-87.
55. Cioffi J. Education Triage decision making: educational strategies. *Accid Emerg Nurs*. 1999; 7: 106-11.
56. FRY M, BURR G. Current triage practice and influences affecting clinical decision- making in emergency departaments in NSW, Australia. *Accid. Emerg. Nurs*. 2001; 9: 227-34.
57. Derlet RW, Kinser D, Ray L, Hamilton B, McKenzie J. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a 5-year study. *Ann Emerg Med*. 1995; 25 (2): 215-23.

ANEXO 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CEP, 12/02/09.
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 1114/2008 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0880.0.146.000-08

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Michele de Freitas Neves Silva.

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/12/2008

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 12/02/10 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Elaborar e validar um protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes, aplicáveis na Unidade de Emergência de um Hospital Universitário do interior de São Paulo.

III - SUMÁRIO

Será realizado um levantamento estatístico da demanda e característica da população atendida no setor e posteriormente, será elaborando o protocolo. A avaliação do conteúdo será feita por 6 juizes, sendo 2 docentes médicos, 2 docentes da enfermagem e 2 enfermeiros assistentes atuantes da Unidade de Emergência. A avaliação será feita mediante um guia de orientação em instrumento norteador, contendo alternativas para cada tópico e espaço em branco para sugestões e comentários. Em seguida, após avaliação do conteúdo, o instrumento será submetido a teste de confiabilidade a ser realizado por 3 enfermeiros da unidade, um de cada turno, acompanhados pela pesquisadora responsável. Estes profissionais farão a aplicação do protocolo frente a uma população de pacientes cujo “n” será calculado pelo Setor de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, após o conhecimento das frequências de eventos da Unidade de Emergência.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na I Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 20 de janeiro de 2009.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP

APÊNDICE – 1
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO DA
POPULAÇÃO ATENDIDA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

FICHA Nº _____

Iniciais do paciente: _____

Matrícula ou Pré-matrícula: _____

Idade: _____

Sexo: F () M ()

Procedência: _____

Queixa Principal: _____

Sinais Vitais: PA _____ FC _____ FR _____ T° _____

Antecedentes Pessoais: DM () HAS () Cardiopatia () AVC ()

HIV () IRC () Outros () _____

Data do atendimento:

Horário de chegada na Unidade de Emergência: _____

Horário da Avaliação de Risco: _____

Horário do Atendimento Médico: _____

Classificação de Risco: Vermelho () Amarelo () Verde () Azul ()

**APÊNDICE 2 –
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA – ENCAMINHADO PARA VALIDAÇÃO DE
CONTEÚDO**

O Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco desenvolvido divide-se em quatro grupos, sendo estes descritos de acordo com a cor que indica a prioridade de atendimento do paciente. Cada um destes grupos contém as principais queixas, sinais e sintomas dos pacientes atendidos na Unidade de Emergência Referenciada (UER).

Cabe ressaltar que uma mesma queixa pode se enquadrar em mais de um grupo, de acordo com o contexto dos sinais, sintomas e queixas apresentados pelo paciente no momento da avaliação realizada pelo enfermeiro.

Este Protocolo foi elaborado com base nos protocolos nacionais e internacionais

(1,2,3,4,5,6), em diretrizes⁽⁹⁾ e livros de medicina interna e de emergência^(10,11).

Grupo 1 - VERMELHO

Pacientes avaliados pelo enfermeiro que receberem a classificação de cor **VERMELHA** deverão ser encaminhados à sala de emergência para avaliação imediata do médico e início do atendimento, pois apresentam risco de morte iminente.

Deverão ser inseridos nesta classificação os pacientes que apresentarem os seguintes agravos à saúde acompanhados das caracterizações que os classificam:

1.1. Parada Cardiorrespiratória

- a. Ausência de pulso;
- b. Ausência de movimentos respiratórios;
- c. Inconsciência.

1.2. Inconsciência

- a. Ausência de resposta a estímulos dolorosos profundos.

1.3. Dispnéia

Quando acompanhada de um ou mais dos seguintes sintomas:

- a. Desconforto respiratório moderado a intenso;
- b. Cianose;
- c. Utilização de musculatura acessória – presença de tiragem intercostal, retração de fúrcula ou batimento de asas de nariz;
- d. Frequência respiratória > 30 rpm;
- e. Dificuldade para falar;
- f. T° >37,8°C ou T° < 35 °C

- g. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (sonolência, confusão mental, agitação psicomotora);
- h. PA < 100,0/70 mmHg;
- i. Diminuição ou ausência de murmúrios vesiculares;
- j. Presença de ruídos adventícios;
- k. Tosse com expectoração amarelada ou esverdeada;
- l. Hemoptise;
- m. Saturação de oxigênio < 90%;
- n. História progressiva de patologias respiratórias ou alergias.

1.4. Dor Torácica

Na presença de um ou mais dos seguintes sintomas:

- a. Dor na região precordial com característica de aperto, queimação ou pontada;
- b. Presença de irradiação da dor para o membro superior esquerdo ou região mandibular;
- c. Ausência de melhora da dor com a movimentação;
- d. Melhora da dor após o uso de medicação anti-anginosa;
- e. PA < 100,0/ 70 mmHg ou PA > 140/ 90 mmHg;
- f. FC > 90 bpm ou < 60 bpm;
- g. Sudorese e palidez;
- h. Sensação de morte iminente;
- i. Dispnéia;
- j. FR > 20 rpm;
- k. Cianose;
- l. Hemoptise;
- m. Diminuição ou ausência de pulsos;
- n. Isquemia de membros inferiores
- o. Antecedente de hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatia, hipercolesterolemia, aneurisma de aorta, tabagismo ou sedentarismo.

1.5. Hipoglicemia

- a. Glicemia capilar < 60 mg/dl;
- b. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência);
- c. Sudorese e palidez;
- d. Crise convulsiva
- e. Antecedente de Diabetes Mellitus.

1.6. Hiperglicemia

- a. Glicemia Capilar > 300 mg/ dl;

- b. Presença de polidipsia, poliúria ou polifagia;
- c. Alteração visual;
- d. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência);
- e. Náuseas, vômitos e dor abdominal;
- f. PA < 100,0/70 mmHg;
- g. FC > 90 bpm;
- h. Hálito cetônico;
- i. FR > 20 rpm;
- j. Antecedente de Diabetes Mellitus.

1.7. Cefaléia

- a. Início súbito;
- b. Episódio de crise convulsiva;
- c. Presença de déficit motor;
- d. Alteração do nível e conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência);
- e. Presença de PA > 140/ 90 mmHg;
- f. Presença de PA > 140/ 90 mmHg e FC < 60 bpm;
- g. Presença de rigidez de nuca, vômitos ou febre;
- h. História recente de Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE).

1.8. Déficit Motor

- a. Início súbito;
- b. Presença de fraqueza muscular em face ou membros (unilateral ou bilateral);
- c. Episódio de crise convulsiva;
- d. Alterações da linguagem ou da articulação da fala;
- e. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência);
- f. PA > 140/ 90 mmHg;
- g. Cefaléia;
- h. Náuseas e vômitos;
- i. História progressiva de hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório, coagulopatias, uso de anticoagulantes.

1.9. Hipertensão Arterial

- a. PAS > 140 mmHg ou PAD > 120 mmHg;
- b. Presença de vômitos, cefaléia, tontura;
- c. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência);

- d. Alteração visual (escotomas, diplopia);
- e. Déficit motor agudo (plegia, paresia);
- f. Dor torácica;
- g. Dispnéia;
- h. Uso de drogas ilícitas recentemente (cocaína, crack).

1.10. Febre

- a. Temperatura > 38°C;
- b. PA inalterada ou PA < 100,0/ 70 mmHg;
- c. FC inalterada ou FC > 90 bpm;
- d. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência);
- e. Prostração;
- f. História de odinofagia, tosse, disúria;
- g. Paciente em vigência de Quimioterapia.

1.11. Dor Abdominal

- a. Dor intensa;
- b. Distensão abdominal;
- c. Ausência de evacuação há mais de quatro dias;
- d. Presença de PA < 100,0/ 70 mmHg e FC > 90 bpm;
- e. T° > 37,8 °C ou T° < 35 °C;
- f. História de trauma abdominal (trauma abdominal fechado, ferimento por arma branca- FAB- ou ferimento por projétil de arma de fogo – FPAF);

1.12. Disúria

- a. T° > 37,8 °C ou T° < 35 °C;
- b. Presença de PA < 100,0/ 70 mmHg e FC > 90 bpm;
- c. Presença de lombalgia

Grupo 2 - AMARELO

Pacientes classificados na cor **AMARELA** devem ser avaliados pelo médico no período de 15 a 30 minutos após a avaliação do enfermeiro, pois apresentam sinais e sintomas que podem evoluir para complicações.

Os sinais e sintomas mais freqüentes incluem:

2.1 . Dispnéia

Quando acompanhada de um ou mais dos seguintes sintomas:

- a. Presença de desconforto respiratório moderado a leve;
- b. Ausência de sinais de insuficiência respiratória (cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e retração de fúrcula);

- c. Frequência respiratória > 20 rpm;
- d. Ausência de alteração do nível e do conteúdo da consciência;
- e. Diminuição de murmúrios vesiculares;
- f. Moderada ou discreta presença de ruídos adventícios;
- g. Saturação de oxigênio normal;
- h. Tosse;
- i. Hemoptise;
- j. História progressiva de patologias respiratórias ou alergias.

2.2. Dor Torácica

Na presença de um ou mais dos seguintes sintomas:

- a. Dor na região precordial com característica de aperto, queimação ou pontada;
- b. Dor iniciada durante esforço físico ou em repouso;
- c. Ausência de irradiação da dor para o membro superior esquerdo ou região mandibular;
- d. Ausência de melhora da dor com a movimentação;
- e. Melhora da dor após o uso de medicação antianginosa;
- f. Sinais vitais dentro dos parâmetros normais;
- g. Antecedente de hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatia, hipercolesterolemia, tabagismo e sedentarismo.

2.3. Hipoglicemia

- a. Glicemia capilar < 60 mg/dl;
- b. Ausência de alteração do nível e do conteúdo da consciência.

2.4. Cefaléia

Na presença de um ou mais dos seguintes sintomas:

- a. Início súbito;
- b. Ausência de déficits motores;
- c. Ausência de alteração do nível e do conteúdo da consciência;
- d. PA > 140/ 90 mmHg;
- e. História recente de Traumatismo Crânio-Encefálico.

2.5. Hipertensão Arterial

Na presença de um ou mais dos seguintes sintomas:

- a. PAS > 140 mmHg ou PAD > 120 mmHg;
- b. Presença de cefaléia;
- c. Presença de alteração visual (escotomas, diplopia).

2.6. Dor Abdominal

Na presença de um ou mais dos seguintes sintomas:

- a. Dor intensa ou moderada;

- b. Distensão abdominal;
- c. Ausência de evacuação há mais de quatro dias;
- d. Sinais vitais sem alteração;
- e. $T^{\circ} > 37,8^{\circ}\text{C}$;
- f. Diarréia, náuseas e vômitos.

2.7. Tosse

Na presença de um ou mais dos seguintes sintomas:

- a. Presença de expectoração;
- b. $T^{\circ} > 37,8^{\circ}\text{C}$;
- c. PA $< 100,0/ 70$ mmHg;
- d. FC > 90 bpm;
- e. Dispnéia;
- f. FR > 20 rpm;
- g. Dor torácica;
- h. História de hemoptise.

2.8. Hemorragia Digestiva Alta ou Baixa

Na presença de um ou mais dos seguintes sintomas:

- a. História de enterorragia, melena ou hematêmese;
- b. Presença de PA $< 100,0/ 70$ mmHg e FC > 90 bpm;
- c. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência);
- d. Antecedente de cirrose hepática, neoplasia hepática ou de cólon, uso de antiinflamatório não esteroideal.

2.9. Lombalgia

Na presença de um ou mais dos seguintes sintomas:

- a. Dor lombar intensa a moderada;
- b. Alteração sensorial ou motora;
- c. Teste de Giordano positivo;
- d. Agitação e ansiedade;
- e. Fácies de dor;
- f. Presença de PA $< 100,0/ 70$ mmHg e FC > 90 bpm;
- g. História pregressa de cálculo renal.

Grupo 3 - VERDE

Pacientes classificados na cor **VERDE** não apresentam riscos potenciais de morte e deverão ser atendidos pelo médico no prazo de duas a quatro horas após a avaliação do enfermeiro.

Os principais sinais e sintomas apresentados por estes pacientes incluem:

3.1. Dispnéia

- a. Frequência respiratória sem alterações;
- b. Ausência de alteração do nível e do conteúdo da consciência;
- c. Ausculta pulmonar sem alterações ou com alterações discretas;
- d. Ausência de febre ou febre sem repercussão hemodinâmica;
- e. Saturação de oxigênio > 95%.

3.2. Dor Torácica

- a. Dor na região torácica que piora à movimentação ou palpação;
- b. Sinais vitais inalterados;
- c. Antecedente de trauma torácico leve.

3.3. Cefaléia

- a. Dor leve ou moderada;
- b. Início há vários dias;
- c. Ausência de déficit motor;
- d. Ausência de alteração do nível e do conteúdo da consciência;
- e. Sinais vitais dentro dos parâmetros normais.

3.4. Diarréia

- a. Presença de dor abdominal leve a moderada;
- b. Náuseas e vômitos;
- c. Sinais vitais dentro dos parâmetros normais;
- d. Ausência de sinais de desidratação.

3.5. Dor Abdominal

- a. Dor leve a moderada;
- b. Sinais vitais dentro dos parâmetros normais;
- c. Diarréia, náuseas ou vômitos (poucos episódios e em pequena quantidade) ou hábito intestinal inalterado;
- d. Atraso menstrual.

3.6. Tosse

- a. Presença de expectoração;
- b. Presença ou ausência de febre;
- c. Pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória inalteradas;
- d. Dor torácica ausente ou discreta.

3.7. Hemorragia Digestiva Alta ou Baixa

- a. História de enterorragia, melena ou hematêmese discretas;
- b. Sinais vitais dentro dos parâmetros normais;

- c. Antecedente de cirrose hepática, neoplasia hepática ou de cólon, uso de antiinflamatório não esteroidal.

3.8. Outras Queixas de Dor Moderada

- a. Odinofagia, otalgia, dor abdominal, lombalgia;
- b. Ausência de febre ou febre sem repercussão hemodinâmica.

3.9. Lombalgia

- a. Dor lombar leve ou moderada;
- b. Ausência de déficits sensoriais e motores;
- c. Sinais vitais dentro dos parâmetros normais;
- d. Teste de Giordano negativo

3.10. Outros

- a. Idade > 60 anos;
- b. Pacientes portadores de necessidades especiais (doença mental, deficiência física).

Grupo 4 - AZUL

Pacientes classificados na cor **AZUL** apresentam queixas que deveriam ser atendidas em Unidades Básicas de Saúde. Os mesmos serão avaliados pelo médico, porém este atendimento não é prioridade.

As principais queixas incluem:

4.1. Alterações na pele

- a. Escabiose;
- b. Alergia;
- c. Eczema.

4.2. Queixas de dor leve com duração superior a uma semana.

4.3. Demais queixas crônicas.

4.4. Pacientes que procuram a Unidade de Emergência para a realização dos seguintes procedimentos:

- a. Curativos;
- b. Retirada de pontos;
- c. Troca de sondas;
- d. Troca de receitas médicas;
- e. Administração de medicações de tratamento contínuo.

**APÊNDICE 3 -
ROTEIRO DE AVALIAÇÃO JUIZES**

O Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco divide-se em quatro grupos, sendo estes descritos de acordo com a cor que indica a prioridade de atendimento do paciente. Cada um destes grupos contém as principais queixas, sinais e sintomas dos pacientes atendidos na Unidade de Emergência Referenciada (UER) do Hospital em estudo, de acordo com levantamento realizado no ano de 2008. Em cada grupo há os tópicos e dentro deles a descrição dos itens de como devem ser caracterizados para poderem receber a classificação.

Cabe ressaltar que uma mesma queixa, sinal ou sintoma pode se enquadrar em mais de um grupo, de acordo com a manifestação apresentada pelo paciente no momento da avaliação realizada pelo enfermeiro.

Grupo 1 - VERMELHO

1.1. Parada Cardiorrespiratória

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Ausência de pulso b. Ausência de movimentos respiratórios c. Inconsciência	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

1.2. Inconsciência

Item	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Ausência de resposta a estímulos dolorosos profundos	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

1.3. Dispneia

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência

<p>a. Desconforto respiratório moderado a intenso</p> <p>b. Cianose</p> <p>c. Utilização de musculatura acessória (tiragem intercostal, retração de fúrcula ou batimento de asas de nariz);</p> <p>d. Frequência respiratória > 30 rpm</p> <p>e. Dificuldade para falar</p> <p>f. PA < 100,0/70 mmHg</p> <p>g. T° >37,8° C ou T° < 35 ° C</p> <p>h. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (sonolência, confusão mental, agitação psicomotora);</p> <p>i. Diminuição ou ausência de murmúrios vesiculares</p> <p>j. Presença de ruídos adventícios</p> <p>k. Tosse com expectoração amarelada ou esverdeada</p> <p>l. Hemoptise</p> <p>m. Saturação de oxigênio menor que 90%</p> <p>n. História pregressa de patologias respiratórias ou alergias</p>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
---	---	---	---	---

1.4. Dor Torácica

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
<p>a. Dor em região precordial com característica de aperto, queimação ou pontada</p> <p>b. Presença de irradiação da dor para o membro superior esquerdo ou região mandibular</p> <p>c. Ausência de melhora da dor com a movimentação</p> <p>d. Melhora da dor após o uso de medicação anti-anginosa</p> <p>d. PA < 100,0/70 mmHg ou PA > 140/90 mmHg)</p> <p>e. FC > 90 bpm ou FC < 60 bpm</p> <p>f. Sudorese e palidez</p> <p>g. Sensação de morte iminente</p> <p>h. Dispnéia;</p> <p>i. FR > 20 rpm;</p> <p>j. Cianose;</p> <p>K. Hemoptise;</p> <p>l. Diminuição ou ausência de pulsos;</p> <p>m. Isquemia de membros inferiores</p> <p>h. Antecedente de</p>	<p><input type="checkbox"/>sim <input type="checkbox"/>não</p>			

hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatia, hipercolesterolemia, aneurisma de aorta, tabagismo ou sedentarismo				
---	--	--	--	--

1.5. Hipoglicemia

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Glicemia capilar < 60 mg/dl b. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência); c. Sudorese e palidez d. Crise convulsiva e. Antecedente de Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

1.6. Hiperglicemia

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Glicemia capilar >300 mg/dl b. Presença de polidipsia, poliúria ou polifagia c. Alteração visual d. Hálito cetônico e. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

psicomotora, sonolência); f. Náuseas, vômitos e dor abdominal; g. PA < 100,0/70 mmHg; h. FC > 90 bpm; e. FR > 20 rpm f. Antecedente de Diabetes Mellitus				
--	--	--	--	--

1.7. Cefaléia

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Início súbito b. Episódio de crise convulsiva c. Presença de déficit motor d. Alteração do nível de consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência); e. Presença PA > 140/90 mmHg f. Presença PA >140/90 mmHg e FC < 60 bpm g. Presença de rigidez de nuca e vômitos; h. História recente de TCE	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

1.8. Déficit Motor

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
<p>a. Início súbito</p> <p>b. Presença de fraqueza muscular em face ou membros (unilateral ou bilateral);</p> <p>c. Episódio de crise convulsiva</p> <p>d. Alteração da linguagem ou da articulação da fala</p> <p>e. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência);</p> <p>f. PA >140/ 90 mmHg</p> <p>g. Cefaléia;</p> <p>h. Náuseas e vômitos</p> <p>i. História pregressa de hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório, coagulopatias, uso de anticoagulantes</p>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

1.9. Hipertensão Arterial

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
<p>a. PAS > 140 mmHg ou PAD > 120 mmHg</p> <p>b. Presença de vômitos, cefaléia, tontura</p> <p>c. Alteração do nível e do conteúdo da</p>				

consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência) d. Alteração visual (escotomas, diplopia) e. Déficit motor agudo (plegia, paresia) f. Dor torácica g. Dispneia h. Uso de drogas ilícitas recentemente (cocaína, crack)	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
--	---	---	---	---

1.10. Febre

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Temperatura > 38° C b. PA inalterada ou PA < 100,0/70 mmHg c. FC inalterada ou FC > 90 bpm d. Alteração do nível de consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência) e. Prostração f. História de odinofagia, tosse, disúria g. Paciente em Quimioterapia	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

1.11. Dor Abdominal

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Dor intensa b. Distensão abdominal				

<p>c. Ausência de evacuação há mais de 4 dias.</p> <p>c. Presença PA < 100,0/70 mmHg e FC > 90 bpm</p> <p>d. Presença de T° >37,8° C ou T° < 35 ° C</p> <p>e. História de trauma abdominal (trauma abdominal fechado, ferimento por arma branca- FAB- ou ferimento por projétil de arma de fogo – FPAF)</p>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
---	---	---	---	---

1.12. Disúria

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
<p>a. Presença de T° >37,8° C ou T° < 35 ° C</p> <p>b. Presença de PA < 100,0/70 mmHg) e FC > 90 bpm)</p> <p>c. Presença de lombalgia</p>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

Itens necessários, porém ausentes no instrumento:

Itens desnecessários:

Comentários e sugestões:

2. AMARELO

2.1. Dispneia

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Presença de desconforto respiratório moderado a leve.				
b. Frequência respiratória > 20 rpm.				
c. Ausência de alteração do nível de consciência				
d. Diminuição de murmúrios vesiculares	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
e. Moderada ou discreta presença de ruídos adventícios				
f. Saturação de oxigênio inalterada				
g. Tosse com expectoração				
h. Hemoptise				
i. História pregressa de patologias respiratórias ou alergias				

2.2. Dor Torácica

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Dor na região precordial com característica de aperto, queimação ou pontada				
b. Dor iniciada durante				

ou após esforço físico				
c. Ausência de irradiação da dor para o membro superior esquerdo ou região mandibular	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
d. Ausência de melhora da dor com a movimentação e após o uso de medicação anti-anginosa				
e. Sinais vitais inalterados				
f. Antecedente de hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatia, hipercolesterolemia, tabagismo e sedentarismo				

2.3. Hipoglicemia

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Glicemia capilar < 60 mg/dl	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
b. Ausência de alteração do nível de consciência				

2.4. Cefaléia

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Início súbito				
b. Ausência de déficits motores				
c. Ausência de alteração do nível de consciência	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

d. PA > 140/90 mmHg) ou PA < 100,0/70 mmHg)				
e. História recente de TCE				

2.5. Hipertensão Arterial

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. PAS > 140 mmHg ou PAD > 120 mmHg				
b. Presença de cefaléia	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
c. Presença de alteração visual (escotomas, diplopia)				

2.6. Dor Abdominal

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Dor intensa ou moderada				
b. Distensão abdominal				
c. Ausência de evacuação há mais de 4 dias.	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
d. Sinais vitais sem alteração				
e. T° > 37,8 °C				
f. Diarréia, náuseas e vômitos				

2.7. Tosse

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Presença de expectoração				
b. T° > 37,8 °C				
c. PA < 100,0/70 mmHg	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
e				

FC > 90 bpm) d. Dispneia e. FR > 20 rpm f. Dor torácica g. História de hemoptise				
--	--	--	--	--

2.8. Hemorragia Digestiva Alta ou Baixa

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. História de enterorragia, melena ou hematêmese b. Presença PA < 100,0/70 mmHg e FC > 90 bpm c. Alteração do nível de consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência); d. Antecedente de cirrose hepática, neoplasia hepática ou de cólon, uso de antiinflamatório não esteroide	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

2.9. Lombalgia

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Dor lombar intensa a moderada; b. Alteração sensorial ou motora; c. Agitação e ansiedade; d. Fácies de dor; e. Presença de PA <100,0/70 mmHg e FC	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

> 90 bpm				
f. História pregressa de cálculo renal.				

Itens necessários, porém ausentes no instrumento:

Itens desnecessários:

Comentários e sugestões:

3. VERDE

3.1. Dispnéia

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Frequência respiratória sem alterações				
b. Ausência de alteração do nível de consciência	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
c. Ausculta pulmonar sem alterações ou com alterações discretas				
d. Ausência de febre ou febre sem repercussão hemodinâmica				
e. Saturação de oxigênio sem alterações				

3.2. Dor Torácica

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Dor na região torácica que piora à movimentação ou palpação b. Sinais vitais inalterados c. Antecedente de trauma torácico leve	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

3.3. Cefaléia

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Dor leve ou moderada b. Início há vários dias c. Ausência de déficits motores d. Ausência de alteração do nível de consciência e. Sinais vitais inalterados	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

3.4. Diarréia

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Presença de dor abdominal leve a moderada b. Náuseas e vômitos c. Sinais vitais inalterados d. Ausência de sinais de desidratação	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

3.5. Dor Abdominal

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
-------	-------------	-------------	--------------	-------------

a. Dor leve a moderada				
b. Sinais vitais sem alteração				
c. Diarréia, náuseas ou vômitos (poucos episódios e em pequena quantidade) ou hábitos intestinais inalterados	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
d. Atraso menstrual				

3.6. Tosse

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Presença de expectoração				
b. Presença ou ausência de Febre	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
c. Pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória inalteradas				
d. Dor torácica ausente ou discreta				

3.7. Hemorragia Digestiva Alta ou Baixa

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. História de enterorragia, melena ou hematêmese discretas				
b. Sinais vitais inalterados				
c. Antecedente de Cirrose hepática, neoplasia hepática ou de cólon, uso de antiinflamatório não esteroideal	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

3.8. Outras Queixas de Dor Moderada

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Odinofagia, otalgia, dor abdominal, lombalgia b. Ausência de febre ou febre sem repercussão hemodinâmica	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

3.9. Lombalgia

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Dor lombar leve b. Ausência de déficits sensoriais e motores c. Sinais vitais inalterados	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

3.10. Outros Problemas

Itens Avaliados	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Idade > 60 anos b. Portadores de necessidades especiais (doença mental, deficiência física)	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

Itens necessários, porém ausentes no instrumento:

Itens desnecessários:

Comentários e sugestões:

4. AZUL

Itens	Organização	Abrangência	Objetividade	Pertinência
a. Alterações na pele: escabiose, alergia, eczema b. Queixas de dor leve com duração superior a uma semana c. Queixas crônicas d. Pacientes que procuram a Unidade de Emergência para a realização dos seguintes procedimentos: f. Curativos; g. Retirada de pontos; h. Troca de sondas; i. Troca de receitas médicas; j. Administração de medicações de tratamento contínuo	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			

Itens necessários, porém ausentes no instrumento:

Itens desnecessários:

Comentários e sugestões:

APÊNDICE 4

GUIA PARA AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Como proceder à análise:

1- Os juízes deverão analisar o Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco que faz parte do projeto de pesquisa intitulado: Elaboração de Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco de uma Unidade de Emergência, considerando que este protocolo deverá ser implantado em uma Unidade de Emergência de um Hospital Universitário.

Este protocolo será utilizado pelos enfermeiros da Unidade para avaliação e classificação dos pacientes, priorizando o atendimento de acordo com a gravidade do caso.

2- Os itens que deverão ser avaliados estão separados por cores (vermelho, amarelo, verde e azul) de acordo com a prioridade de atendimento e queixa principal do paciente. Cada um destes itens é composto por sub-itens, que identificam a gravidade do caso.

3- Quando o item e o sub-item analisados estiverem contemplados na definição do critério adotado, o juiz deverá assinalar sim e, quando o item e o sub-item analisados não contemplarem a definição do critério adotado, deverá ser assinalado não.

4- Definição dos critérios:

Organização: define-se como organização a disposição das questões e alternativas, bem como seu conteúdo.

Abrangência: define-se como abrangente aquela questão que contém as informações importantes para alcance do objetivo do estudo, enunciada de maneira compreensível;

Objetividade: define-se como objetiva aquela questão de fácil entendimento;

Pertinência: define-se como pertinente aquela questão relevante para alcançar o objetivo da pesquisa.

5- Observações:

- Quando julgar um item ou sub-item necessário, porém ausente no instrumento, preencha o espaço correspondente para esta observação;
- Quando julgar um item ou sub-item desnecessário no instrumento, anote no espaço correspondente para esta observação;
- Quando responder não, justifique e dê sugestões no espaço correspondente;
- Observações adicionais podem ser feitas no espaço “comentários e/ou sugestões”;
- Juntamente com o instrumento o juiz receberá a justificativa do tema, o objetivo e o referencial metodológico para auxiliar na avaliação.

Quaisquer dúvidas, favor contactar a pesquisadora:

Contato:

E-mail: michelefneves@hotmail.com

Telefones: (19) 9236.1116 / 3305.5871

APÊNDICE 5 –

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS – CONFIABILIDADE INTERAVALIADORES

Os dados serão coletados simultaneamente pela pesquisadora e pelo enfermeiro na Unidade de Emergência.

Devem ser anotados os seguintes itens: número da coleta, data, plantão, iniciais do paciente, pré-matrícula, queixa principal (aquela que determinou a Classificação de Risco), sinais vitais (PA, FC, FR, T°, Sat O₂ e Glicemia Capilar – assinalar se um ou mais deles determinou a classificação) e classificação de risco (vermelha, amarela, verde ou azul).

Número da Coleta: _____

Data: ____/____/____ Plantão: _____

Iniciais do Paciente: _____

Pré-Matrícula: _____

Queixa Principal (aquela que determinou a Classificação de Risco): _____

Sinais Vitais:

PA = _____

T° = _____

FC = _____

Sat O₂ = _____

FR = _____

Glicemia Capilar = _____

Classificação de Risco: Vermelha ()

Amarela ()

Verde ()

Azul ()

APÊNDICE 6
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS - CONFIABILIDADE

Grupo 1 - VERMELHO

Pacientes avaliados pelo enfermeiro que receberem a classificação de cor **VERMELHA** deverão ser encaminhados à sala de emergência com início do atendimento e serem avaliados imediatamente pelo médico, pois apresentam risco de morte iminente.

Deverão ser inseridos nesta classificação os pacientes que apresentarem os seguintes agravos à saúde acompanhados das caracterizações que os classificam:

1.1. Alteração do Estado Mental

1.1.1 Ausência de resposta a estímulos (verbal, doloroso, tátil). ()

1.2. Cefaléia

1.2.1. Início súbito e de forte intensidade ()

1.2.2. Episódio de crise convulsiva ()

1.2.3. Presença de déficit motor agudo < 48 h ()

1.2.4. Alteração do nível e conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência) ()

1.2.5. Presença de PA > 140/ 90 mmHg ()

1.2.6. FC < 60 bpm ()

1.2.7. Presença de rigidez de nuca, vômitos ()

1.3. Déficit Motor (Presença de fraqueza muscular em face ou membros - unilateral ou bilateral)

1.3.1 Início súbito (< 48 h) ()

1.4. Dispnéia

Associada de:

1.4.1. Desconforto respiratório moderado a intenso ()

1.4.2. Cianose()

1.4.3. Utilização de musculatura acessória – presença de tiragem intercostal, retração de fúrcula ou batimento de asas de nariz ()

1.4.4. Frequência respiratória > 20 rpm ()

1.4.5. Dificuldade para falar ()

1.4.6. T° >37,8° C ou T° < 35 ° C ()

- 1.4.7. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (sonolência, confusão mental, agitação psicomotora) ()
- 1.4.8. PA < 100/ 60 mm Hg (considerar PA basal do paciente) ()
- 1.4.9. Saturação de oxigênio menor que 95 % ()
- 1.4.10. FC > 100 bpm ()

1.5. Dor Abdominal

Associada a:

- 1.5.1. Presença de PA < 100/ 70 mmHg ou > 140/90mmHg ()
- 1.5.2. FC > 100 bpm()
- 1.5.3. T° > 37,6° C no momento da consulta ()
- 1.5.4. História de trauma abdominal (trauma abdominal fechado, ferimento por arma branca- FAB- ou ferimento por projétil de arma de fogo – FPAF) ()

1.6. Dor Torácica

- 1.6.1. Dor na região precordial com característica de aperto e/ ou queimação ()
- 1.6.2. Presença de irradiação da dor para o membro superior esquerdo ()
- 1.6.3. PA < 100/ 70 mmHg ou PA > 140/ 90 mmHg ()
- 1.6.4. FC > 90 bpm ou FC < 60 bpm ()
- 1.6.5. Dispneia ()
- 1.6.6. FR > 20 rpm ()
- 1.6.7. Assimetria de pulsos ()
- 1.6.8. Idade > 60 anos ou história progressiva de coronariopatia ()

1.7. Febre

- 1.7.1. Temperatura >37, 6 ° C no momento da consulta ()
- 1.7.2. PA < 100/ 70 mmHg ()
- 1.7.3. FC > 100 bpm ()
- 1.7.4. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência) ()
- 1.7.5. FR > 25 rpm ()
- 1.7.8. Dispneia ()
- 1.7.9. Imunossupressão ()

1.8. Hiperglicemia

- 1.8.1. Associada a alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência) ()

1.9. Hipertensão Arterial (PAS > 140 mmHg ou PAD > 120 mmHg)

Associada com:

- 1.9.1. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência) ()
- 1.9.2. Déficit motor agudo (plegia, paresia) ()
- 1.9.3. Dor torácica ()
- 1.9.4. Dispneia ()

1.10. Hipoglicemia

- 1.10.1. Associada com alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência) ()

1.11. Parada Cardiorrespiratória

- 1.11.1. Ausência de pulso carotídeo (5 a 10 segundos) ()
- 1.11.2. Ausência de movimentos respiratórios ()
- 1.11.3. Inconsciência ()

Grupo 2 - AMARELO

Pacientes classificados na cor **AMARELA** devem ser avaliados pelo médico no período de 15 a 30 minutos após a avaliação do enfermeiro, pois apresentam sinais e sintomas que podem evoluir para complicações.

Os sinais e sintomas mais freqüentes incluem:

2.1. Alteração de sinais vitais na presença de sintomas não especificados acima

- 2.1.1. PA > 150/100 mmHg ou PA < 100/60 mmHg ()
- 2.1.2. FC > 100 bpm ou FC < 60 bpm ()
- 2.1.3. FR > 20 rpm ()
- 2.1.4. T > 37,8 °C no momento da consulta ()

2.2. Alteração do estado mental

- 2.2.1. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência) ()

2.3. Cefaléia

- 2.3.1. Dor de forte intensidade, incapacitante, progressiva, resistente a medicações ()

2.4. Diarréia

- 2.4.1. PA < 100/60 mmHg ()
- 2.4.2. FC > 100 bpm ()
- 2.4.3. T > 37,8 °C no momento da consulta ()
- 2.4.4. Sinais de desidratação ()

2.5. Dispnéia

Quando acompanhada de:

- 2.5.1. História de asma ou DPOC ()
- 2.5.2. Alteração da ausculta pulmonar ()

2.6. Dor Abdominal

- 2.6.1. Dor abdominal moderada ()
- 2.6.2. Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade ()

2.7. Dores nas costas (cervicalgia, lombalgia)

Na presença de um ou mais dos seguintes sintomas:

- 2.7.1. Déficit sensitivo ou motor; ()
- 2.7.2. Presença de PA < 100/ 70 mmHg e FC > 100 bpm ()
- 2.7.3. História progressiva de cálculo renal, HIV, Cirrose Hepática ()
- 2.7.4. Pacientes transplantados e em quimioterapia ()
- 2.7.5. Alteração de esfíncter ()

2.8. Dor Torácica

Na presença de:

- 2.8.1. História familiar de AVC ou IAM ()

2.9. Febre

- 2.9.1. T > 37,8 °C no momento da consulta ()

2.10. Hemorragia Digestiva Alta ou Baixa

Na presença de um ou mais dos seguintes sintomas:

- 2.10.1. História de enterorragia, melena ou hematêmese ()
- 2.10.2. PA < 100/ 70 mmHg ()
- 2.10.3. FC > 100 bpm ()
- 2.10.4. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência) ()

2.10.5. Antecedente de cirrose hepática, neoplasia hepática ou de cólon, uso de antiinflamatório não esteroideal ()

2.11. Hipertensão Arterial

2.11.1. PA > 150/100 mmHg ()

2.12. Hipoglicemia

2.12.1. Glicemia capilar < ou = 60 mg/dl ()

2.13. Tosse

Na presença de um ou mais dos seguintes sintomas:

2.13.1. T° > 37,6 ° C no momento da consulta ()

2.13.2. PA < 100/ 70 mmHg ()

2.13.3. FC > 100 bpm ()

2.13.4. Dispneia ()

2.13.5. FR > 20 rpm ()

2.13.6. Saturação de oxigênio menor que 95 % ()

2.13.7. História de hemoptise ()

Grupo 3 - VERDE

Pacientes classificados na cor **VERDE** não apresentam riscos potenciais de morte e deverão ser atendidos pelo médico no prazo de duas a quatro horas após a avaliação do enfermeiro.

Os principais sinais e sintomas apresentados por estes pacientes incluem:

3.1. Casos Especiais

3.1.1. Idade > 60 anos ()

3.1.2. Pacientes portadores de necessidades especiais (doença mental, deficiência física) ()

3.1.3. Gestantes ()

3.2. Cefaléia

3.2.1. Dor leve ou moderada ()

3.2.2. Início há vários dias ()

3.2.3. Ausência de déficits motores ()

3.2.4. Ausência de alteração do nível e do conteúdo da consciência ()

Apêndice 6

3.2.5. Sinais vitais dentro dos parâmetros normalidade ()

3.3. Diarréia

3.3.1. Presença de dor abdominal leve a moderada ()

3.3.2. Náuseas e vômitos ()

3.3.3. Sinais vitais dentro dos parâmetros normalidade ()

3.3.4. Ausência de sinais de desidratação. ()

3.4. Dispnéia

3.4.1. FR, FC e PA sem alterações ()

3.4.2. Ausência de alteração do nível e do conteúdo da consciência ()

3.4.3. Ausculta pulmonar sem alterações ou com alterações discretas ()

3.4.4. Ausência de febre ()

3.4.5. Saturação de oxigênio > 95% ()

3.5. Dor Abdominal

3.5.1. Dor leve a moderada ()

3.5.2. Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade ()

3.5.3. Diarréia, náuseas ou vômitos (poucos episódios e em pequena quantidade) ()

3.5.4. Atraso menstrual ()

3.6. Dor Leve a Moderada

3.6.1. Odinofagia, otalgia, entre outras ()

3.6.2. Sinais vitais dentro dos parâmetros normalidade ()

3.7. Dor Torácica

3.7.1. Dor na região torácica que piora a movimentação ou palpação ()

3.7.2. Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade ()

3.7.3. Antecedente de trauma torácico leve ()

3.8. Dores nas costas (cervicalgia, lombalgia)

3.8.1. Dor leve ou moderada ()

3.8.2. Ausência de déficits sensoriais e motores ()

3.8.3. Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade ()

3.9. Hemorragia Digestiva Alta ou Baixa

3.9.1. História de enterorragia, melena ou hematêmese ()

- 3.9.2. Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade ()
- 3.9.3. Antecedente de cirrose hepática, neoplasia hepática ou de cólon, uso de antiinflamatório não esteroidal ()

3.10. Tosse

- 3.10.1. Ausência de febre ()
- 3.10.2. PA, FC e FR inalteradas ()
- 3.10.3. Dor torácica ausente ou discreta ()

Grupo 4 - AZUL

Pacientes classificados na cor **AZUL** apresentam queixas que deveriam ser atendidas em Unidades Básicas de Saúde. Os mesmos serão avaliados pelo médico, porém este atendimento não é prioridade.

As principais queixas incluem:

4.1. Demais queixas crônicas.

- 4.1.1. Queixas crônicas não agudizadas ()

4.2. Dor leve a moderada

- 4.2.1. Demais queixas de dor com duração superior a uma semana ()

4.3. Lesões localizadas na pele

- 4.2.1. Escabiose ()
- 4.2.2. Eczema ()
- 4.2.3. Outras lesões de pele ()

4.4. Pacientes que procuram a Unidade de Emergência para a realização dos seguintes procedimentos:

- 4.4.1. Curativos ()
- 4.4.2. Retirada de pontos ()
- 4.4.3. Troca de sondas ()
- 4.4.4. Troca de receitas médicas ()
- 4.4.5. Administração de medicações de tratamento contínuo ()

APÊNDICE 7
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

Queixas em ordem alfabética

1. Alteração de SSVV
2. Alteração do estado mental
3. Casos especiais
4. Déficit motor
5. Diarréia
6. Dispnéia
7. Dor abdominal
8. Dor crônica
9. Dor leve/ moderada
10. Dores nas costas (cervicalgia, lombalgia)
11. Dor torácica
12. Febre
13. Hemorragia digestiva alta ou baixa
14. Hiperglicemia
15. Hipertensão
16. Hipoglicemia
17. Lesões localizadas na pele
18. Parada cardiorrespiratória
19. Procedimentos
20. Queixas crônicas
21. Tosse

Alteração de SSVV

- PA > 150/100 mmHg ou PA < 100/60 mmHg
- FC > 100 bpm ou FC < 60 bpm
- FR > 20 rpm
- T > 37,8 °C no momento da consulta

Alteração do Estado Mental

- **Ausência de resposta a estímulos - verbal, doloroso ou tátil**

- **Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência)**

Casos Especiais

- **Idade > 60 anos**
- **Pacientes portadores de necessidades especiais (doença mental, deficiência física)**
- **Gestantes**

Déficit

Motor

- **Fraqueza muscular em face ou membros (unilateral ou bilateral)**
- **Início súbito (< 48 h)**

Diarréia

- PA < 100/60 mmHg
- FC > 100 bpm
- T > 37,8 ° C no momento da consulta
- Sinais de desidratação

- Presença de dor abdominal leve a moderada
- Náuseas e vômitos
- SSVV dentro dos parâmetros normalidade
- Ausência de sinais de desidratação

Dispneia

- Desconforto respiratório moderado/ intenso
- Cianose ou utilização de musculatura acessória
- FR > 20 rpm / Sat O2 < 95 %
- Dificuldade para falar;
- T° > 37,8° C ou T° < 35° C
- Alteração do nível e do conteúdo da consciência
- PA < 100/ 60 mm Hg / FC > 100 bpm

- História de asma ou DPOC
- Alteração da ausculta pulmonar

- FR, FC e PA sem alterações
- Ausência de alteração do nível e do conteúdo da consciência
- Ausculta pulmonar sem alterações ou com alterações discretas
- Ausência de febre
- Saturação de oxigênio > 95%.

Dor Abdominal

- PA < 100/ 70 mmHg ou PA > 140/90mmHg
- FC > 100 bpm
- T° > 37,6° C no momento da consulta;
- História de trauma abdominal

- Dor abdominal moderada
- SSVV dentro dos parâmetros de normalidade

- Dor leve a moderada
- SSVV dentro dos parâmetros normalidade
- Diarréia, náuseas ou vômitos (poucos episódios e em pequena quantidade);
- Atraso menstrual

Dor Crônica

```
graph TD; A[Dor Crônica] --- B[• Dores crônicas não agudizadas]
```

- **Dores crônicas não agudizadas**

Dor Leve/ Moderada

- **Odinofagia, otalgia, entre outras**
- **SSVV dentro dos parâmetros normalidade**

- **Demais queixas de dor com duração superior a uma semana**

Dores nas costas (cervicalgia, lombalgia)

- **Déficit sensitivo ou motor**
- **PA < 100/ 70 mmHg e FC > 100 bpm**
- **História pregressa de cálculo renal, HIV, CH**
- **Pacientes transplantados e em QTX**
- **Alteração de esfíncter.**

- **Dor leve a moderada**
- **Ausência de déficits sensoriais e motores**
- **SSVV dentro dos parâmetros normalidade**

Dor Torácica

- Dor precordial em aperto e/ ou queimação
- Irradiação da dor para MSE
- PA < 100/ 70 mmHg ou PA > 140/ 90 mmHg
- FC > 90 bpm ou FC < 60 bpm
- Dispneia ou FR > 20 rpm
- Assimetria de pulsos
- Idade > 60 anos ou história de coronarionpatia

- Dor torácica na presença de História familiar de AVC ou IAM

- Dor na região torácica que piora a movimentação ou palpação
- SSVV dentro dos parâmetros de normalidade
- Antecedente de trauma torácico leve

Febre

- **T > 37,6 ° C no momento da consulta**
- **PA < 100/ 70 mmHg / FC > 100 bpm**
- **Alteração do nível e do conteúdo da consciência**
- **FR > 25 rpm**
- **Dispnéia**
- **Imunossupressão**

- **T > 37,8 ° C no momento da consulta**

Hemorragia Digestiva Alta ou Baixa

- **História de enterorragia, melena ou hematêmese**
- **PA < 100/ 70 mmHg e FC > 100 bpm**
- **Alteração do nível e do conteúdo da consciência**
- **Antecedente de CH, neoplasia hepática ou de cólon, uso AINE**

- **História de enterorragia, melena ou hematêmese**
- **SSVV dentro dos parâmetros normalidade**
- **Antecedente de CH, neoplasia hepática ou de cólon, uso de AINE**

Hiperglicemia

```
graph TD; A[Hiperglicemia] --- B[• Associada a alteração do nível e do conteúdo da consciência];
```

- Associada a alteração do nível e do conteúdo da consciência

Hipertensão Arterial

- PAS > 140 mmHg ou PAD > 120 mmHg
- Alteração do nível e do conteúdo da consciência
- Déficit motor agudo (plegia, paresia)
- Dor torácica
- Dispnéia

- PA > 150/100 mmHg

Hipoglicemia

- Associada com alteração do nível e do conteúdo da consciência

- Glicemia capilar $<$ ou $=$ 60 mg/dl

Lesões localizadas na pele

- **Escabiose**
- **Eczema**
- **Outras lesões de pele**

Parada Cardiorrespiratória

- **Ausência de pulso carotídeo (5 a 10 segundos)**
- **Ausência de movimentos respiratórios**
- **Inconsciência**

Procedimentos

- **Curativos**
- **Retirada de pontos**
- **Troca de sondas**
- **Troca de receitas médicas**
- **Administração de
medicações de tratamento
contínuo**

Queixas crônicas

```
graph TD; A[Queixas crônicas] --- B[• Queixas crônicas não agudizadas]
```

- **Queixas crônicas não agudizadas**

Tosse

- $T^{\circ} > 37,6^{\circ} \text{ C}$ no momento da consulta
- $\text{PA} < 100/70 \text{ mmHg}$
- $\text{FC} > 100 \text{ bpm}$
- Dispnéia
- $\text{FR} > 20 \text{ rpm}$
- Saturação de oxigênio menor que 95 %
- História de hemoptise

- Ausência de febre
- Demais SSVV dentro dos parâmetros de normalidade
- Dor torácica ausente ou discreta

APÊNDICE 8

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Pesquisadora responsável: Michele de Freitas Neves Silva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Izilda Esmenia Muglia Araujo

Eu, _____, idade _____, RG _____
| _____, endereço _____

concordo em participar desta pesquisa, após estar absolutamente esclarecido (a) dos propósitos da mesma, conforme descritos a seguir, sendo minha participação totalmente voluntária:

1. Justificativa da pesquisa: A elaboração e implementação de um protocolo de avaliação e classificação de risco tem por objetivo identificar o potencial de gravidade de cada paciente, por meio de suas queixas e sintomas, e priorizar o atendimento de maneira homogênea entre todos os profissionais envolvidos nesta tarefa. Desta maneira, deseja-se diminuir o tempo de espera dos pacientes graves nas unidades de emergência, melhorando a qualidade da assistência prestada. Apesar de existirem na literatura vários protocolos de classificação de risco, é necessária a elaboração e utilização de um protocolo compatível com a demanda e as características do serviço de saúde da instituição em estudo.

2. Objetivos da pesquisa – Identificar o perfil sócio-demográfico e os principais agravos à saúde da população atendida na Unidade de Emergência de um hospital universitário de um município do interior do estado de São Paulo; validar o conteúdo do protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes elaborado e verificar a confiabilidade deste protocolo.

3. Procedimentos a que você será submetido(a): Você será submetido(a) à participação na avaliação da qualidade de um instrumento, denominado método de concordância ou equivalência, no qual dois ou mais observadores diferentes aplicam o mesmo instrumento simultaneamente com o objetivo de medir o mesmo fenômeno, porém fazendo os registros de maneira independente. Você terá direito a esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que venham a lhe ocorrer durante a pesquisa e de se recusar a responder a qualquer questão. Além disso, você tem a garantia de sigilo e do caráter confidencial das informações que estará prestando à pesquisadora, sabendo que elas serão usadas com as finalidades de divulgação e publicação científica, sempre garantindo a sua privacidade. Não haverá benefícios diretos desta pesquisa para você. No entanto, suas informações são extremamente valiosas, pois poderão repercutir em melhor atendimento da população com a avaliação e classificação de risco.

4. Aspectos éticos da pesquisa: Trata-se de uma pesquisa baseada em uso de um protocolo, considerada de risco menor que o mínimo, uma vez que nenhum procedimento invasivo ou potencialmente lesivo lhe será aplicado. No entanto, por tratar-se de informações pessoais, o seu consentimento pós-informação é necessário.

5. Outras informações: a) Não há custos para a sua participação neste estudo, como também não há compensação financeira. b) A sua não concordância em participar desta pesquisa não lhe causará nenhum prejuízo. c) Você tem o direito de se recusar a prosseguir respondendo as questões em qualquer momento. d) Todas as informações obtidas serão sigilosas e confidenciais, sendo divulgadas apenas em eventos e publicações científicas, sem qualquer ligação com seu nome. e) Este termo de consentimento livre e esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma em seu poder. Quaisquer dúvidas poderão ser esclarecidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp (telefone: 3521 – 8936).

Campinas, ____/____/ ____

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

**Prof^a. Dr^a. Izilda Esmenia Muglia
Araujo**
Depto. Enfermagem/FCM- Unicamp
Telefone: (0xx19) 3521– 8840

**Michele de Freitas Neves
Silva**
Depto. Enfermagem/FCM-
Unicamp
Telefone: (0xx19) 3521 –
8840

APÊNDICE 9

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERSÃO FINAL

O Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco desenvolvido pela pesquisadora divide-se em quatro grupos, sendo estes descritos de acordo com a cor que indica a prioridade de atendimento do paciente. Cada um destes grupos contém as principais queixas, sinais e sintomas dos pacientes atendidos na Unidade de Emergência Referenciada (UER).

Cabe ressaltar que uma mesma queixa pode se enquadrar em mais de um grupo, de acordo com o contexto dos sinais, sintomas e queixas apresentados pelo paciente no momento da avaliação realizada pelo enfermeiro.

Grupo 1 - VERMELHO

Pacientes avaliados pelo enfermeiro que receberem a classificação de cor **VERMELHA** deverão ser encaminhados à sala de emergência com início do atendimento e serem avaliados **imediatamente pelo médico**, pois apresentam risco de morte iminente. Deverão ser inseridos nesta classificação os pacientes que apresentarem os seguintes agravos à saúde acompanhados das caracterizações que os classificam:

1.1. Alteração do Estado Mental

1.1.1. Ausência de resposta a estímulos (verbal, doloroso, tátil).

1.2. Cefaléia

1.2.1. Início súbito e de forte intensidade;

1.2.2. Episódio de crise convulsiva;

1.2.3. Presença de déficit motor agudo < 48 h;

1.2.4. Alteração do nível e conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência);

1.2.5. Presença de PA > 140/ 90 mmHg;

1.2.6. FC < 60 bpm;

1.2.7. Presença de rigidez de nuca, vômitos.

1.3. Déficit Motor (Presença de fraqueza muscular em face ou membros-unilateral ou bilateral)

1.3.1. Início súbito (< 48 h).

1.4. Dispnéia

Associada de:

- 1.4.1. Desconforto respiratório moderado a intenso;
- 1.4.2. Cianose;
- 1.4.3. Utilização de musculatura acessória – presença de tiragem intercostal, retração de fúrcula ou batimento de asas de nariz;
- 1.4.4. Frequência respiratória > 20 rpm;
- 1.4.5. Dificuldade para falar;
- 1.4.6. T° >37,8° C ou T° < 35 ° C;
- 1.4.7. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (sonolência, confusão mental, agitação psicomotora);
- 1.4.8. PA < 100/ 60 mm Hg (considerar PA basal do paciente);
- 1.4.9. Saturação de oxigênio menor que 95 %;
- 1.4.10. FC > 100 bpm.

1.5. Dor Abdominal

Associada a:

- 1.5.1. Presença de PA < 100/ 70 mmHg ou > 140/90mmHg;
- 1.5.2. FC > 100 bpm;
- 1.5.3. T° > 37,6° C no momento da consulta;
- 1.5.4. História de trauma abdominal (trauma abdominal fechado, ferimento por arma branca- FAB- ou ferimento por projétil de arma de fogo – FPAF).

1.6. Dor Torácica

- 1.6.1. Dor na região precordial com característica de aperto e/ ou queimação;
- 1.6.2. Presença de irradiação da dor para o membro superior esquerdo;
- 1.6.3. PA < 100/ 70 mmHg ou PA > 140/ 90 mmHg;
- 1.6.4. FC > 90 bpm ou FC < 60 bpm;
- 1.6.5. Dispnéia;
- 1.6.6. FR > 20 rpm;
- 1.6.7. Assimetria de pulsos;
- 1.6.8. Idade > 60 anos ou história pregressa de coronariopatia.

1.7. Febre

- 1.7.1. Temperatura >37, 6 ° C no momento da consulta;
- 1.7.2. PA < 100/ 70 mmHg;
- 1.7.3. FC > 100 bpm;

- 1.7.4. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência);
- 1.7.5. FR > 25 rpm;
- 1.7.6. Dispneia;
- 1.7.7. Imunossupressão.

1.8. Hiperglicemia

- 1.8.1. Associada a alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência).

1.9. Hipertensão Arterial (PAS > 140 mmHg ou PAD > 120 mmHg)

Associada com:

- 1.9.1. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência);
- 1.9.2. Déficit motor agudo (plegia, paresia);
- 1.9.3. Dor torácica;
- 1.9.4. Dispneia.

1.10. Hipoglicemia

- 1.10.1. Associada com alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência)

1.11. Parada Cardiorrespiratória

- 1.11.1. Ausência de pulso carotídeo (5 a 10 segundos);
- 1.11.2. Ausência de movimentos respiratórios;
- 1.11.3. Inconsciência.

Grupo 2 - AMARELO

Pacientes classificados na cor **AMARELA** devem ser avaliados pelo médico no período **de 15 a 30 minutos** após a avaliação do enfermeiro, pois apresentam sinais e sintomas que podem evoluir para complicações.

Os sinais e sintomas mais freqüentes incluem:

2.1. Alteração de sinais vitais na presença de sintomas não especificados acima

- 2.1.1. PA > 150/100 mmHg ou PA < 100/60 mmHg;
- 2.1.2. FC > 100 bpm ou FC < 60 bpm;

2.1.3. FR > 20 rpm;

2.1.4. T > 37,8 °C no momento da consulta.

2.2. Alteração do estado mental

2.2.1. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência).

2.3. Cefaléia

2.3.1. Dor de forte intensidade, incapacitante, progressiva, resistente a medicações.

2.4. Diarréia

2.4.1. PA < 100/60 mmHg;

2.4.2. FC > 100 bpm;

2.4.3. T > 37,8 °C no momento da consulta;

2.4.4. Sinais de desidratação.

2.5. Dispnéia

Quando acompanhada de:

2.5.1. História de asma ou DPOC;

2.5.2. Alteração da ausculta pulmonar.

2.6. Dor Abdominal

2.6.1. Dor abdominal moderada;

2.6.2. Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade.

2.7. Dores nas costas (cervicalgia, lombalgia)

Na presença de um ou mais dos seguintes sintomas:

2.7.1. Déficit sensitivo ou motor;

2.7.2. Presença de PA < 100/ 70 mmHg e FC > 100 bpm;

2.7.3. História progressiva de cálculo renal, HIV, Cirrose Hepática;

2.7.4. Pacientes transplantados e em quimioterapia;

2.7.5. Alteração de esfíncter.

2.8. Dor Torácica

Na presença de:

2.8.1. História familiar de AVC ou IAM.

2.9. Febre

2.9.1. $T > 37,8^{\circ}\text{C}$ no momento da consulta.

2.10. Hemorragia Digestiva Alta ou Baixa

Na presença de um ou mais dos seguintes sintomas:

2.10.1. História de enterorragia, melena ou hematêmese;

2.10.2. PA < 100/ 70 mmHg

2.10.3. FC > 100 bpm;

2.10.4. Alteração do nível e do conteúdo da consciência (confusão mental, agitação psicomotora, sonolência);

2.10.5. Antecedente de cirrose hepática, neoplasia hepática ou de cólon, uso de antiinflamatório não esteroidal.

2.11. Hipertensão Arterial

2.11.1. PA > 150/100 mmHg.

2.12. Hipoglicemia

2.12.1. Glicemia capilar < ou = 60 mg/dl.

2.13. Tosse

Na presença de um ou mais dos seguintes sintomas:

2.13.1. $T^{\circ} > 37,6^{\circ}\text{C}$ no momento da consulta;

2.13.2. PA < 100/ 70 mmHg;

2.13.3. FC > 100 bpm;

2.13.4. Dispnéia;

2.13.5. FR > 20 rpm;

2.13.6. Saturação de oxigênio menor que 95 %;

2.13.7. História de hemoptise.

Grupo 3 - VERDE

Pacientes classificados na cor **VERDE** não apresentam riscos potenciais de morte e deverão ser atendidos pelo médico no prazo de **duas a quatro horas** após a avaliação do enfermeiro.

Os principais sinais e sintomas apresentados por estes pacientes incluem:

3.1. Casos Especiais

- 3.1.1. Idade > 60 anos;
- 3.1.2. Pacientes portadores de necessidades especiais (doença mental, deficiência física);
- 3.1.3. Gestantes.

3.2. Cefaléia

- 3.2.1. Dor leve ou moderada;
- 3.2.2. Início há vários dias;
- 3.2.3. Ausência de déficits motores;
- 3.2.4. Ausência de alteração do nível e do conteúdo da consciência;
- 3.2.5. Sinais vitais dentro dos parâmetros normalidade.

3.3. Diarréia

- 3.3.1. Presença de dor abdominal leve a moderada;
- 3.3.2. Náuseas e vômitos;
- 3.3.3. Sinais vitais dentro dos parâmetros normalidade;
- 3.3.4. Ausência de sinais de desidratação.

3.4. Dispneia

- 3.4.1. FR, FC e PA sem alterações;
- 3.4.2. Ausência de alteração do nível e do conteúdo da consciência;
- 3.4.3. Ausculta pulmonar sem alterações ou com alterações discretas;
- 3.4.4. Ausência de febre;
- 3.4.5. Saturação de oxigênio > 95%.

3.5. Dor Abdominal

- 3.5.1. Dor leve a moderada;
- 3.5.2. Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade;
- 3.5.3. Diarréia, náuseas ou vômitos (poucos episódios e em pequena quantidade);
- 3.5.4. Atraso menstrual.

3.6. Dor Leve a Moderada

- 3.6.1. Odinofagia, otalgia, entre outras;
- 3.6.2. Sinais vitais dentro dos parâmetros normalidade.

3.7. Dor Torácica

- 3.7.1. Dor na região torácica que piora a movimentação ou palpação;
- 3.7.2. Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade;

3.7.3. Antecedente de trauma torácico leve.

3.8. Dores nas costas (cervicalgia, lombalgia)

3.8.1. Dor leve ou moderada;

3.8.2. Ausência de déficits sensoriais e motores;

3.8.3. Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade.

3.9. Hemorragia Digestiva Alta ou Baixa

3.9.1. História de enterorragia, melena ou hematêmese;

3.9.2. Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade;

3.9.3. Antecedente de cirrose hepática, neoplasia hepática ou de cólon, uso de antiinflamatório não esteroidal.

3.10. Tosse

3.10.1. Ausência de febre;

3.10.2. PA, FC e FR inalteradas;

3.10.3. Dor torácica ausente ou discreta.

Grupo 4 - AZUL

Pacientes classificados na cor **AZUL** apresentam queixas que deveriam ser atendidas em Unidades Básicas de Saúde. Os mesmos serão avaliados pelo médico, porém este atendimento não é prioridade.

As principais queixas incluem:

4.1. Demais queixas crônicas.

4.1.1. Queixas crônicas não agudizadas

4.2. Dor leve a moderada

4.2.1. Demais queixas de dor com duração superior a uma semana.

4.3. Lesões localizadas na pele

4.3.1. Escabiose;

4.3.2. Eczema;

4.3.3. Outras lesões de pele.

4.4. Pacientes que procuram a Unidade de Emergência para a realização dos seguintes procedimentos:

4.4.1. Curativos;

4.4.2. Retirada de pontos;

4.4.3. Troca de sondas;

4.4.4. Troca de receitas médicas;

4.4.5. Administração de medicações de tratamento contínuo.