

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

THAÍLA TANCCINI

**SISTEMA MANCHESTER: TEMPO DESPENDIDO NA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, PRIORIDADES ESTABELECIDAS E
DESECHO CLÍNICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NA MAIOR
EMERGÊNCIA DO SUL DO BRASIL**

Porto Alegre

2014

THAÍLA TANCCINI

**SISTEMA MANCHESTER: TEMPO DESPENDIDO NA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, PRIORIDADES ESTABELECIDAS E
DESECHO CLÍNICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NA MAIOR
EMERGÊNCIA DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Mariur Gomes Beghetto

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Tanccini, Thaíla

Sistema Manchester: tempo despendido na classificação de risco, prioridades estabelecidas e desfecho clínico dos pacientes atendidos na maior emergência do sul do Brasil / Thaíla Tanccini. -- 2014.

61 f.

Orientadora: Mariur Gomes Beghetto.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Enfermagem. 2. Triagem. 3. Serviço Hospitalar de Emergência. I. Beghetto, Mariur Gomes, orient.
II. Título.

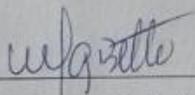
Thaila Tancini

Sistema Manchester: tempo despendido na classificação de risco, prioridades estabelecidas e desfecho clínico dos pacientes atendidos na maior emergência do sul do Brasil

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 14 de agosto de 2014

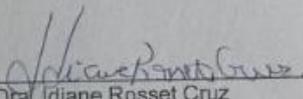
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Mariur Gomes Beghetto

Presidente da Banca – Orientadora

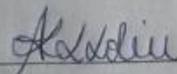
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Idiane Rosset Cruz

Membro da banca

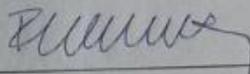
EENF/UFRGS



Profa. Dra. Karina de Oliveira Azzolin

Membro da banca

PPENF/UFRGS



Prof. Dr. Ricardo de Souza Kuchenbecker

Membro da banca

UFRGS

AGRADECIMENTOS

Aos meus colegas de mestrado e aos colegas da Emergência do HNSC pelo compartilhamento de experiências.

A minha orientadora Mariur pela fonte de conhecimento e paciência.

A minha irmã Thaís e ao Gabriel pela convivência compreensiva.

E por fim, aos meus pais pela educação, incentivo, apoio e paciência em toda minha vida.

RESUMO

TANCCINI, Thaíla. **Sistema Manchester:** tempo despendido na classificação de risco, prioridades estabelecidas e desfecho clínico dos pacientes atendidos na maior emergência do sul do Brasil. 2014. 61 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

Introdução: Os Serviços de Atenção às Urgências continuam sendo responsáveis por uma grande parcela dos atendimentos em saúde e, seguindo orientação do Ministério da Saúde, o uso do Sistema Manchester de Classificação de Risco começou a ser utilizado em vários Serviços de Saúde no Brasil, como meio de ordenar os atendimentos. Entretanto existem poucas pesquisas sobre o tema no contexto brasileiro. **Objetivo:** Analisar o tempo que antecede e o que é despendido para a classificação de risco e o desfecho em 24 horas dos pacientes atendidos em um Serviço de Emergência Hospitalar. **Metodologia:** Coorte retrospectiva que incluiu dados de uma *query* de adultos atendidos na maior emergência do sul do país no ano de 2012. Os dados foram fornecidos pelo serviço de informática da instituição, a partir dos prontuários eletrônicos dos pacientes, organizados em *Excel* e analisados com auxílio do *SPSS 18*. O projeto foi aprovado nas instâncias pertinentes. **Resultados:** Foram analisados 139.556 atendimentos, sendo 84,6% dos pacientes classificados no tempo preconizado pelo SMCR (até 3 minutos), destes, com maior frequência nos pacientes de menor prioridade de atendimento. Em contrapartida, pacientes de maior prioridade aguardaram menos tempo para chegar até a classificação. A maior parte dos pacientes apresentou prioridade *Verde* (69,7%). Houve mais liberações (88,4%), enquanto hospitalização (11,4%) e óbito (0,2%), foram menos frequentes até 24h após a chegada na emergência. Pacientes de menor risco foram mais liberados e os de maior risco evoluíram mais para óbito. **Conclusão:** Concluiu-se que o tempo envolvido em atividades que antecedem o primeiro atendimento médico, ainda que dentro do tempo preconizado pelo SMCR, foi elevado. Muitos dos pacientes atendidos apresentaram baixa prioridade, sugerindo que seu atendimento pudesse ser realizado em outros Serviços da Rede de Atenção à Saúde. Mesmo assim, elevado número de pessoas, acima da capacidade dos leitos hospitalares, demandou internação em até 24 horas de sua chegada à Emergência.

Palavras-chave: Enfermagem. Triagem. Serviço Hospitalar de Emergência.

ABSTRACT

TANCCINI, Thaíla. **Manchester triage system**: time spent on risk ratings, set priorities and clinical outcome of patients treated in a major emergency in southern Brazil. 2014. 61 f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

Introduction: Emergency Rooms are responsible for many health care and adopting a Ministry of Health recommendation, was started the use the Manchester Triage System Emergency Rooms in Brazil, aiming to organize the service priorities. There are few studies that have investigated this issue in the Brazilian scenario. **Objective:** To analyze delay between the arrival of the patient and the nurse risk classification, time spent on the risk ranking and evolution within 24 hours (discharge, hospitalization or death). **Methodology:** A retrospective cohort study was performed including adult patients treated in 2012 in a major emergency in southern Brazil. The data were provided by the Office of Informatics of the hospital, collected directly from patients' medical records, organized into Excel and analyzed using SPSS software. The study protocol was approved by the ethics committees of the hospital and university. **Results:** 139,556 patients were evaluated, 84.6% of patients classified within the recommended range by Manchester triage System time (≤ 3 minutes), were higher in those patients whose priority was lower. In contrast, highest priority patients waited less to get to the risk rating. Most of the patients had priority Green (69.7%). After 24 hours, there were more discharges of the emergency room (88.4%), while hospitalization (11.4%) and death (0.2%) were less frequent. Low-risk patients had more discharge and the highest risk death more. **Conclusion:** It was concluded that the time involved in activities that precede the first medical care was high, despite being within the recommended time. Many of the patients had low priority, suggesting that their care could be accomplished in other Health Services members of the health care network. Nevertheless, large numbers of people, beyond the capability of available hospital beds, required hospitalization within 24 hours of their arrival at the Emergency.

Keywords: Nursing. Triage. Emergency Service, Hospital.

RESUMEN

TANCCINI, Thaíla. Sistema de Clasificación de Riesgo Manchester: el tiempo dedicado a las calificaciones de riesgo, prioridades establecidas y el resultado clínico de los pacientes tratados dentro de los Servicios de Emergencia del hospital en Brasil. 2014. 61 f. Tesina (Mestrado em Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

Introducción: Servicios de urgencias siguen siendo los responsables por la mayoría de las asistencias de la salud y siguiendo la recomendación del Ministerio de Salud el uso del Sistema de Clasificación de Riesgo Manchester empezó a ser utilizado en diversos servicios de salud en Brasil, como una forma de ordenar los tratamientos. Mientras, hay poca investigación sobre el tema en el contexto brasileño. **Objetivo:** Analizar el tiempo de espera y lo que se gasta para la clasificación de riesgo y la evolución dentro de las 24 horas de los pacientes atendidos en un servicio de urgencias de un hospital. **Metodología:** cohorte retrospectivo que incluye datos de una *query* de los adultos atendidos en una gran emergencia del Sur del país en 2012. Los datos fueron proporcionados por el departamento de informática de la institución, a partir de los registros médicos electrónicos de los pacientes, organizados en Excel y analizados con el programa SPSS 18. El proyecto fue aprobado por las autoridades competentes. **Resultados:** Se analizaron 139.556 pacientes, siendo 84,6% de los pacientes fueron clasificados como se propone por el Sistema de Clasificación de Riesgo Manchester (hasta 3 minutos), siendo mayor en los pacientes de menor prioridad. Por el contrario, los pacientes con mayor prioridad esperaron menos tiempo para llegar a la clasificación de riesgo. La mayoría de los pacientes tenían prioridad Verde (69,7%). Hubo más liberaciones (88,4%), mientras Hospitalización (11,4%) y Muerte (0,2%) fueron menos frecuentes hasta 24 horas después de su llegada a la emergencia. Los pacientes de bajo riesgo fueron más liberados y los de mayor riesgo tuvieron una mayor frecuencia de muerte. **Conclusión:** Llegamos a la conclusión de que el tiempo empleado en las actividades que preceden a la primera atención médica, aunque dentro del marco de tiempo recomendado por el Sistema de Clasificación de Riesgo Manchester fue alto. Muchos de los pacientes tratados tenían baja prioridad, lo que sugiere que su cuidado podría realizarse en los servicios básicos de salud. Sin embargo, un gran número de personas, más allá de la capacidad de camas de hospital, demandaron la admisión dentro de las 24 horas de su llegada a la emergencia.

Palabras clave: Enfermería. Triage. Servicio de Urgencia en Hospital.

LISTA DE SIGLAS

- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- CR – Classificação de Risco
- GHC – Grupo Hospitalar Conceição
- HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição
- GTM – Grupo de Triagem de Manchester
- GPT – Grupo Português de Triagem
- MS – Ministério da Saúde
- PNH – Política Nacional de Humanização
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SEH – Serviço de Emergência Hospitalar
- SMCR – Sistema Manchester de Classificação de Risco
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Características das escalas e/ou protocolos para Triagem.....	22
Figura 1- Fluxo do atendimento no Serviço de Emergência do HNSC.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos participantes do estudo de acordo com a faixa etária...	33
Tabela 2- Distribuição dos pacientes, de acordo com a prioridade clínica estabelecida na classificação de risco.....	34
Tabela 3- Distribuição dos locais para onde os pacientes foram encaminhados para atendimento após a classificação de risco, de acordo com as prioridades clínicas elegidas pelo SMCR.....	35
Tabela 4- Distribuição o total de pacientes de acordo com o tempo despendido para a classificação de risco.....	36
Tabela 5- Tempos medianos, de acordo com a categoria de prioridade para atendimento, decorrido entre a chegada do paciente até a classificação de risco, durante a classificação de risco e tempo total entre a chegada do paciente e o término da classificação de risco.....	37
Tabela 6- Proporção de distribuição dos fluxogramas utilizados na classificação de risco, para cada categoria de prioridade.....	38
Tabela 7- Proporção de Liberações, hospitalizações e óbitos em 24 horas após ingresso na emergência, de acordo com as prioridades clínicas.....	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVO.....	15
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 O Sistema de Saúde Brasileiro e os Serviços de Emergência.....	16
3.2 Superlotação nos Serviços de Emergência.....	18
3.3 Iniciativas de organização da priorização do atendimento nos Serviços de Emergência.....	20
3.4 Sistema Manchester de Classificação de Risco.....	23
4 MÉTODOS.....	26
4.1 Tipo de estudo.....	26
4.2 Local.....	26
4.3 População e amostra.....	30
4.4 Variáveis em estudo e coleta de dados.....	30
4.5 Análise estatística.....	31
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
6 RESULTADOS.....	33
6.1 Tempo de espera e tempo para a classificação de risco.....	33
6.2 Prioridades clínicas dos pacientes.....	36
6.3 Fluxogramas e discriminadores utilizados na classificação de risco.....	37
6.4 Desfechos clínicos dos Pacientes em cada prioridade clínica.....	39
7 DISCUSSÃO.....	41
8 POSSÍVEIS LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	45
9 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM.....	46
10 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	47
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXO A - Termo de Compromisso para Utilização de Dados.....	54
ANEXO B - Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem -UFRGS.....	55
ANEXO C - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS	56
ANEXO D - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.....	61

1 INTRODUÇÃO

A despeito da idealização de que a atenção básica se caracterize como a principal porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de atenção às urgências continuam sendo responsáveis por uma grande parcela dos atendimentos em saúde. O desejo da população de que haja mais rapidez no atendimento e resolutividade para o seu problema impulsiona a demanda para os Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) que, por sua vez, não dispõem de recursos humanos e materiais suficientes para atender a totalidade dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2006; GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009).

A desarticulação do sistema de saúde e sua dificuldade de trabalhar em rede, contribui para a superlotação onde usuários em reais situações de urgência podem ter seu atendimento comprometido, tendo em vista que estarão competindo por recursos de diagnóstico, intervenção e cuidado com outros usuários que poderiam estar sendo atendidos em outras unidades da atenção à saúde. (MENZANI, 2006; BRASIL, 2009). Evidencia-se a necessidade de se organizar o atendimento de modo a privilegiar que aqueles usuários em situações de urgência sejam mais rapidamente atendidos, minimizando-se os potenciais danos relacionados à espera. Neste cenário, a implantação de um sistema de classificação de prioridade no atendimento baseado nas condições clínicas do usuário pode contribuir na diminuição do tempo de espera e na qualificação do atendimento (BRASIL, 2009).

Iniciativas de organizar a demanda, por meio da utilização de protocolos de classificação de risco (CR), surgiram em diferentes centros (CONSIDINE, 2004; BULLARD 2008; EITEL 2003; GRUPO DE TRABALHO DE URGÊNCIAS, 2006). Dentre essas iniciativas surgiu o Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR), um protocolo muito utilizado na União Europeia e Reino Unido (FERNANDES, 2009).

O Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2011), preconizando o acolhimento com CR, incentiva a utilização de protocolos para essa classificação, iniciando-se, assim, o uso do SMCR também no Brasil. O Estado de Minas Gerais foi pioneiro no país no emprego do SMCR, quando um grupo de especialistas encarregou-se da adaptação do protocolo para o contexto brasileiro (MACKWAY-JONES et al., 2006). Mais recentemente, o SMCR vem sendo adotado, como tentativa de padronizar o mecanismo de ordenamento

das demandas nos serviços de urgência, em outros centros do país. Neste contexto, a maior emergência do sul do país, o Serviço de Emergência do Hospital Conceição, assim como outros serviços de emergência de Porto Alegre, passaram a utilizar o SMCR.

Na literatura internacional encontramos expressivo número de pesquisas com a temática do SMCR, tanto em emergências pediátricas estudando o funcionamento do sistema no que se relaciona a quadros clínicos específicos como infecções bacterianas e febre (NIJMAN et al., 2011; VAN IERLAND et al., 2013), estudando sua validação no contexto pediátrico (ROUKEMA et al., 2006; VAN VEEN et al., 2008) e avaliando sua utilização, replicabilidade e preditividade na prática clínica pediátrica (SEIGER et al., 2011; VAN VEEN; A MOLL, 2009; VAN VEEN et al., 2010; VAN VEEN et al., 2011); como estudos na população adulta, que buscaram avaliar sua utilização em patologias específicas (embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio ou trauma crânio encefálico) (PAIVA et al., 2012; PROVIDENCIA et al., 2011; FULLER et al., 2014; WULP et al., 2010), que compararam o SMCR com outros protocolos (STORM-VERSLOOT et al., 2011; GROUSE, BISHOP, BANNON, 2009; CHRIST et al., 2010), que avaliaram sua utilização em cada uma de suas etapas nos serviços de emergência (WULP et al., 2008; OLOFSSON, GELLERSTEDT, CARLSTRÖM, 2009, SOLER et al., 2010;), e que demonstraram que o SMCR é acurado, de fácil manejo por parte dos enfermeiros e permite uniformidade nas decisões (LÄHDET, 2009; CROIN, 2003; SCHUETZ et al., 2013).

Entretanto, pesquisas sobre sua efetividade prática são incipientes no contexto brasileiro. Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de estudos que demonstrem o quanto o método de CR é útil nos serviços de urgência integrados a um sistema de saúde com as particularidades do SUS, na perspectiva de que seu emprego seja suficiente para o ordenamento apropriado do atendimento, evitando desfechos clínicos desfavoráveis.

Na nossa prática assistencial, dada a sua recente implantação, ainda não se conhece os resultados de sua aplicabilidade junto com os fluxos internos das instituições brasileiras que o utilizam. Igualmente, pouco se conhece sobre como se dá o desfecho clínico dos pacientes classificados pelo SMCR em Serviços de Emergência de grande porte, especialmente o quanto os tempos dispensados para a própria classificação influenciam nos diferentes estratos de prioridade clínica e nos desfechos clínicos, o que motivou a realização da presente dissertação de mestrado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o tempo que antecede e o que é despendido para a CR e o desfecho em 24 horas dos pacientes atendidos em um SEH.

2.2 Objetivos específicos

Identificar o tempo de espera dos pacientes para a CR em cada uma das categorias de prioridade clínica do SMCR.

Identificar o tempo demandado na CR, em cada uma das categorias de prioridade clínica do SMCR.

Conhecer os fluxogramas escolhidos pelos enfermeiros para a classificação, em cada categoria de prioridade clínica do SMCR.

Avaliar a proporção de óbitos, hospitalizações e liberação dos pacientes em 24 horas, classificados em cada uma das categorias de prioridade clínica do SMCR.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O sistema de saúde brasileiro e os Serviços de Emergência

O sistema de saúde brasileiro vem passando por consideráveis modificações nas últimas décadas. As mudanças políticas e econômicas que se deram nos anos 70 e 80 determinaram o esgotamento do modelo médico assistencial privatista até então vigente no país. As pressões sociais, o movimento de reforma sanitária e a redemocratização do país foram os principais responsáveis por essas mudanças que culminaram com a implantação do SUS em 1988 e reestruturação de todos os níveis de atenção à saúde no país (BRASIL, 2006).

A Constituição de 1988, ao instituir o SUS, ampliou ao povo brasileiro os direitos sociais da cidadania garantindo o acesso à saúde. É no capítulo II, da seguridade social, que está escrito que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, devendo o Estado garantir, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 33).

Para garantir os serviços de saúde previstos, constantemente o SUS vem sendo discutido e novas diretrizes vêm sendo criadas para orientar sua prática. Na Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 o Ministério de Saúde estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional, com o intuito de assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de necessidade com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

Em 2011 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, reafirmando a Rede de Atenção à Saúde como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada sendo considerado um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas (BRASIL, 2011). Essa regulamentação considera os níveis de complexidade sendo organizados pelo acesso universal, igualitário e ordenado com seu início pelas Portas de Entrada do SUS, que são os serviços de atenção básica, atenção de urgência e emergência,

de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (BRASIL, 2011).

É função da Rede Básica à saúde acolher e prestar atendimento aos casos de urgência de menor complexidade. Também, é importante que os profissionais dessas unidades saibam reconhecer os casos de maior gravidade e encaminhá-los aos serviços de referência. Estas unidades devem ter, ainda, um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais necessários para prestar o primeiro atendimento de emergências em casos que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência até a viabilização da transferência para unidades de maior porte (BRASIL, 2006).

Em 2003, tendo em vista todas as dificuldades ainda encontradas no atendimento de urgência no país, o MS instituiu, por meio da portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências, com os seguintes componentes fundamentais: adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências; organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida; instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências; capacitação e educação das equipes de saúde de todos os âmbitos de atenção, abarcando toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar e, orientação geral conforme os princípios de humanização (BRASIL, 2003).

As unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências também conhecidas como Unidades de Pronto Atendimento (UPA) fazem parte do componente pré-hospitalar fixo. Elas devem funcionar 24 horas e ter capacidade de prestar à assistência aos casos de média complexidade. São estruturas de complexidade intermediárias entre as unidades básicas e a rede hospitalar (BRASIL, 2009). Pensando nesses serviços de urgência em 2011 o Ministério da Saúde reformulou, por meio da Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011, a Política Nacional de Atenção às Urgências, instituindo a Rede de Atenção às Urgências no SUS. A Política, cuja implantação ocorrerá de forma ágil e oportuna, visa articular e integrar todos os equipamentos de saúde, ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência. A rede de atenção às urgências orienta o acolhimento com classificação do risco e é constituída pelos componentes: promoção, prevenção e vigilância à saúde; atenção básica em saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas centrais de regulação médica

das urgências; sala de estabilização; força nacional de saúde do SUS; UPA e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar; e atenção domiciliar (BRASIL 2011).

Conforme Deslandes (2002), o serviço de urgência deve prestar uma assistência realizada de forma imediata, eficiente e integrada, de forma a garantir meios para dar sustentação a vida e possibilidades de continuidade da assistência neste local ou em outro nível de atendimento referenciado.

3.2 Superlotação nos Serviços de Emergência

Os serviços de urgência e emergência constituem-se em um importante componente da assistência à saúde no Brasil. Entretanto o panorama que se apresenta em nosso país, revela uma situação caótica de superlotação e longas filas de espera (PARANHOS; CALIL, 2010). Justifica-se esse contexto devido ao desenvolvimento, de maneira desarticulada, da atenção básica com o restante do sistema, havendo pouca relação entre Atenção Primária e ambulatorios ou hospitais, ocorrendo, portanto, uma fragmentação dos serviços gerando a demora e pouca resolutividade. Sendo assim, devido às características do atendimento, o usuário tende a buscar alternativas mais rápidas e que atendam seus interesses, acessando, como “porta de entrada” as unidades de urgência (BRASIL, 2006).

No Brasil, a assistência à urgência é realizada, principalmente, nas tradicionais UPA's que funcionam 24 horas por dia, atendendo pacientes de urgência, pacientes não absorvidos pela atenção básica e urgências sociais. Isso leva a superlotação e a desorganização no sistema, com prejuízo na assistência oferecida, especialmente aos usuários que mais necessitam de cuidados (BRASIL, 2006).

De acordo com Weiss et al. (2008), são os seguintes os indicadores de superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalares: (a) 100% de ocupação dos leitos; (b) pacientes nos corredores por causa da falta de leitos disponíveis; (c) não recebimento de ambulâncias em razão da saturação operacional; (d) sala de espera para consulta médica lotada; (e) equipe do Serviço de Emergência encontrando-se subjetivamente no limite da exaustão; (f) mais de uma hora de espera para o atendimento médico.

A falta de leitos de internação em hospitais do SUS também favorece a superlotação dos PS. Nestes, às vezes, os pacientes ficam à espera de leitos por dias,

quando as salas dos serviços de urgência precisam ser adaptadas para a prestação de cuidados intensivos tais como assistência ventilatória e monitorização hemodinâmica, enquanto, teoricamente, deveriam estar preparadas para a prestação de um primeiro atendimento de estabilização dos sinais vitais e do quadro clínico, com encaminhamento às unidades intensivas para tratamento, quando necessário (BRASIL, 2006).

A carência organizacional nesses setores também tem sido um fator agravante no quadro de atenção às urgências. A ausência de critérios para a priorização do atendimento dos pacientes que procuram assistência acarreta déficits na qualidade do serviço oferecido. A lógica de atendimento por ordem de chegada prejudica os pacientes que necessitam de assistência rápida. É comum, em diversos serviços que pacientes com quadros clínicos mais graves e que necessitam de atendimento imediato, aguardem por muito tempo pelo atendimento, enquanto que problemas de menor complexidade de cuidados sejam atendidos mais rapidamente (BRASIL, 2006).

Uma revisão da literatura sobre os fatores que contribuía para a superlotação dos serviços de urgência (BRADLEY, 2005) concluiu que o aumento do tempo de permanência nas unidades de urgência é o principal marcador da superlotação; a falta de leitos para internação a principal causa; e o atraso no diagnóstico e tratamento, a principal consequência, levando ao aumento da mortalidade. Estudos realizados em serviços de urgência mostraram resultados desfavoráveis no tratamento da pneumonia, sepse, infarto agudo do miocárdio e apendicite relacionados com o atraso no atendimento médico (GRAFF, 2002; SCHULL et al, 2004; MAGID, ASPLIN, WEARS, 2004).

As pessoas recorrem ao serviço por razões diversas: problemas de saúde, fácil acessibilidade, funcionamento durante 24 horas, impossibilidade de recorrer aos serviços ambulatoriais e, também, por se sentirem angustiadas e apreensivas (FURTADO; ARAUJO; CAVALCANTI, 2004). Os mesmos autores afirmam que a utilização do hospital representa uma “válvula de escape” dos serviços de saúde, prejudicando o atendimento dos casos considerados realmente urgentes, uma vez que o excesso de demanda acarreta acúmulo de tarefas e, conseqüentemente, sobrecarga para toda a equipe de profissionais, contribuindo para o aumento dos custos hospitalares. Por outro lado, o fato também aponta para a deficiência do sistema de saúde, incapaz de articular sua rede, resultando na busca por serviços de urgência (FURTADO; ARAUJO; CAVALCANTI; 2004).

A superlotação também é ocasionada pela busca incessante dos usuários por esse tipo de atendimento, podendo ser decorrente do desejo da população de um nível mais alto de resolutividade para o seu problema imediato, pois a procura resultará, no mínimo, numa avaliação de saúde, com realização de exames diagnósticos, ainda que represente uma solução paliativa para a sua necessidade (MENZANI, 2006). Tal atitude ocasiona aumento na demanda de atendimento, gerando filas, morosidade no resultado dos diagnósticos, aumentando a carga de trabalho dos profissionais de saúde e a falta de leitos, equipamentos e materiais para o atendimento das reais situações de urgência. Conseqüentemente, essa situação agrava os agentes estressores do profissional de saúde, pois, além de prestarem assistência ao paciente crítico, devem fornecer assistência aos pacientes que poderiam ser assistidos em ambulatórios ou na atenção básica (MENZANI, 2006).

O excesso de demanda por atendimento, que vem ocorrendo nos serviços de urgência, denuncia a desarticulação do SUS em operacionalizar a sua proposta, uma vez que ela procura retratar a dificuldade do usuário em acessar outros serviços de saúde, como o da atenção básica (SOUZA, 2007). Observa-se, também, que a rede de serviços de pronto-atendimento concebida para atender os casos agudos de baixa complexidade não está equipada com recursos diagnósticos e terapêuticos apropriados para a resolução de casos de maior complexidade.

Torna-se visível a incipiente interligação e falta de fluxos funcionantes entre a rede de atenção à saúde contribuindo para tornar as unidades de urgência dos grandes hospitais das regiões metropolitanas o primeiro destino da população (SANTOS et al., 2003).

3.3 Iniciativas de organização da priorização do atendimento nos Serviços de Emergência

Na busca pela organização da demanda de atendimento, foi promulgada, em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), recomendando a adoção do acolhimento com CR como estratégia. Os princípios norteadores da PNH envolvem a autonomia dos serviços, o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre serviços e sujeitos, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão, valorizando os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

Nessa lógica, a CR tem sido proposta como estratégia, apontando para a necessidade de instrumentos ou protocolos capazes de sistematizar a priorização do atendimento dos usuários, conforme suas condições clínicas (BRASIL, 2011). No documento do MS referente ao Acolhimento e CR nos Serviços de Urgência (2009) a importância da utilização desses protocolos é destacada e a responsabilidade da classificação é atribuída ao "profissional de enfermagem de nível superior" (enfermeiro). Assim, a atuação dos profissionais de enfermagem nos serviços de urgência tem demandado o desenvolvimento de habilidades complexas. A Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 apresenta algumas habilidades necessárias ao profissional enfermeiro para atuação nos serviços de urgência: (a) conhecimento da organização da rede, do sistema local de saúde, da hierarquização dos serviços, (b) saibam reconhecer sinais clínicos de gravidade em pacientes com disfunção respiratória, circulatória, metabólicas, dentre outras, além de (c) responsabilizar-se pela gerência da assistência prestada aos usuários que necessitam de cuidados (BRASIL, 2002).

O processo de acolhimento com CR no setor de emergência deve buscar atender às necessidades e demandas dos usuários. Esse processo é dinâmico e complexo e demanda por profissionais com habilidades muitas vezes não desenvolvidas durante a formação básica, na graduação. No acolhimento com CR são utilizados critérios de risco para organizar o fluxo de atendimento na porta de entrada dos serviços de saúde. Esse é um processo requer a identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004).

Para a implantação dessa estratégia de CR alguns modelos de triagem se consolidaram internacionalmente como, por exemplo, o Sistema Manchester de Classificação de Risco (1997), a Escala Canadense de Triagem (1999), Escala Australiana de Triagem (2000) e a Escala Americana – Emergency Severity Index (2000) (LAHDET, 2006). No Quadro 1 estão descritas as principais características de cada um destes modelos de triagem.

Quadro 1- Características das escalas e/ou protocolos para Triagem

	Americana – Emergency Severity Index	Escala Canadense de Triagem	Escala Australiana de Triagem	Sistema Manchester de Classificação de Risco
Origem	Nos Estado Unidos, ano 2000	Foi desenvolvida com base na escala australiana em 1999	Desenvolvida a partir da Escala Nacional de Triagem de 1993	Na Inglaterra, em 1997
Categorias De Classificação	Algoritmo do Nível 1 do 5 (de maior para menor complexidade)	Azul - ressuscitação Vermelho -Emergência Amarelo -Urgente Verde - Pouco Urgente Branco - Não Urgente	Categoria 1: risco imediato à vida Categoria 2: risco iminente Categoria 3: potencial ameaça ou dor moderada Categoria 4: situação potencial de urgência ou desconforto severo Categoria 5: pouco urgente	Vermelho – Emergência Laranja – Muito urgente Amarelo – urgência Verde – pouco urgente Azul – não urgente
Tempos Para Atendimento	-	Ressuscitação - imediato Emergência- 15 min Urgente – 30 min Pouco Urgente – 60 min Não Urgente – 120 min	Categoria 1: imediato Categoria 2: em até 10 minutos Categoria 3: em até 30 minutos Categoria 4: em até 60 minutos Categoria 5: em até 120 minutos	Vermelho – imediato Laranja – 10 minutos Amarelo – 60 minutos Verde – 120 minutos Azul – 240 minutos
Profissional	Enfermeiros e Médicos treinados	Médicos	Enfermeiros treinados	Enfermeiros e Médicos treinados

Fonte: Informações da pesquisa, 2014

3.4 Sistema Manchester de Classificação de Risco

Com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros de serviços de urgência em relação às normas de triagem, em novembro de 1994 foi criado, na Inglaterra, o Grupo de Triagem de Manchester (GTM). Na época, existiam diferenças consideráveis entre as escalas e protocolos utilizados nos setores de urgência do país. A criação das normas pelo grupo envolveu o desenvolvimento de uma nomenclatura própria e de definições comuns. Também, foi definido um método sólido de CR, estabelecendo um programa de formação e um guia de auditoria para o processo. Desta forma, chegou-se a cinco categorias de classificação. Cada categoria recebeu um número, uma cor, um nome e um tempo alvo para atendimento médico (FREITAS, 2002). Assim como as outras escalas de CR, o SMCR reconhece que um método de triagem deve fornecer ao profissional não um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica (FREITAS, 2002).

O SMCR baseia-se, basicamente, na queixa e nos sinais e sintomas dos pacientes para o estabelecimento de prioridade clínica (MACKWAY-JONES et al., 2006).

De forma sucinta, o SMCR está estruturado em níveis de prioridade clínica, ou seja, (a) emergente, (b) muito urgente, (c) urgente, (d) pouco urgente e (e) não urgente. Existem sinais e sintomas que apontam a prioridade, sendo estes chamados de discriminadores. De acordo com a queixa principal referida pelo paciente no momento do atendimento, o profissional segue um fluxograma que organiza estes discriminadores, guiando a avaliação (FREITAS, 2002).

Alguns discriminadores são gerais e se aplicam a todos os doentes, independentemente da condição clínica apresentada. Eles surgem repetidas vezes ao longo dos fluxogramas e, em todos os casos, os mesmos discriminadores remetem à mesma prioridade clínica. São exemplos de discriminadores gerais: risco de vida, dor, hemorragia, nível de consciência. Os discriminadores específicos aplicam-se a casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações, e tendem a relacionar-se com características chave de condições particulares. Assim, enquanto dor aguda é um discriminador geral, dor precordial e dor pleurítica são discriminadores específicos (FREITAS, 2002).

A identificação do problema que traz o usuário ao serviço, a queixa, é o primeiro procedimento a ser realizado. É feita por meio da obtenção de informações do próprio paciente, das pessoas que lhe prestam cuidados ou dos profissionais de saúde do

atendimento pré-hospitalar. É através da queixa principal que se faz a seleção do fluxograma a ser seguido. O SMCR é composto por 52 fluxogramas que refletem várias condições pertinentes para a CR nos serviços de urgência (MACKWAYJONES et al., 2006). Todos os fluxogramas apresentam notas explicativas e definições.

A partir do momento que é identificada a presença de um discriminador passa-se para o terceiro passo que envolve a avaliação das alternativas e seleção de uma delas para implementação. Neste momento, é atribuída ao paciente a prioridade clínica, conforme o consenso de Manchester: (a) emergente, correspondente a cor vermelha (atendimento imediato), (b) muito urgente, correspondente à cor laranja (atendimento em 10 minutos), (c) urgente, correspondente à cor amarela (atendimento em 60 minutos), (d) pouco urgente, correspondente à cor verde (atendimento em 120 minutos) ou (e) não urgente, correspondente à cor azul (atendimento em 240 minutos). É importante ressaltar que a identificação de um único discriminador já classifica o paciente no nível de prioridade, dispensando a aplicação da totalidade do fluxograma (MACKWAY-JONES et al., 2006).

O último passo do processo de decisão envolve a monitorização e a reavaliação. A prioridade clínica pode mudar e, por isso, a classificação do risco deve ser dinâmica. O instrumento de Manchester é útil para múltiplas reavaliações e deve ser aplicado durante a espera do doente (MACKWAY-JONES et al., 2006).

Desde sua criação o protocolo de Manchester vem sendo usado nos hospitais da Inglaterra e outros países, como a Holanda e Suécia. Em 2000, após a autorização do GTM, dois hospitais de Portugal também adotaram este sistema nos seus serviços de emergência.

No ano de 2001 foi criado o Grupo Português de Triagem (GPT) que traduziu para o português de Portugal e publicou, em 2002, a segunda edição do protocolo de Manchester o GPT adicionou às prioridades clínicas a cor Branca, que caracterizaria a utilização indevida dos Serviços de Emergência como porta de entrada administrativa ou o seu uso para procedimentos eletivos. Atualmente, o SMCR constitui norma nacional em função do número significativo de hospitais de Portugal que aderiram à estratégia. Além disso, o GPT tornou-se responsável pelos direitos autorais do protocolo de Manchester, sendo responsável por sua divulgação e comercialização (GRUPO DE TRABALHO DE URGÊNCIAS, 2006).

Atualmente, o protocolo de Manchester vem sendo utilizado em versão informatizada nos hospitais de Portugal. Em hospitais brasileiros, o protocolo começou a ser utilizado no Estado de Minas Gerais, alcançando os hospitais do Rio Grande do Sul há aproximadamente três anos.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de coorte, de temporalidade retrospectiva. O estudo de coorte segue os participantes da pesquisa a fim de avaliar a presença de desfecho, comparando grupos expostos e não expostos a um determinado fator (SUZUMURA, 2008).

4.2 Local

O estudo desenvolveu-se no Serviço de Emergência Adulto do Hospital Conceição, que faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O Grupo Hospitalar é formado pelos hospitais Conceição (atendimento clínico e cirúrgico, 822 leitos), Criança Conceição (atendimento pediátrico, 217 leitos), Cristo Redentor (atendimento ortopédico e traumatológico, 264 leitos) e Fêmina (atendimento ginecológico e obstétrico, 189 leitos). Também fazem parte do Grupo um Pronto Atendimento, doze Unidades do Serviço de Saúde Comunitária, três Centros de Atenção Psicossocial e o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Vinculada ao Ministério da Saúde, essa estrutura forma a maior rede pública de hospitais do Sul do país, com uma equipe de 8.363 profissionais, o GHC é responsável por cerca de 1,9 milhão de consultas e outras 34,9 mil cirurgias anuais. Em exames, o Grupo contabiliza cerca de 3,7 milhões por ano e é responsável pela internação de 59,8 mil pacientes por ano (BRASIL, 2014).

O Serviço de Emergência do HNSC possui 50 leitos cadastrados para atendimento exclusivamente a usuários do SUS. No entanto, diariamente, atende o dobro de sua capacidade instalada, onde cerca de 100 pacientes encontram-se aguardando decisão clínica (alta da emergência ou hospitalização). Inaugurada em abril de 2006, o SEH do Conceição trabalha com os conceitos de Acolhimento, com CR, humanização e integralidade à atenção, conforme diretrizes do MS (BRASIL, 2009). O SMCR foi implantado em 2010 e, em 2012 (ano da coleta dos dados apresentados nesta dissertação), era utilizado de maneira adaptada ao contexto do hospital.

Em 2012, a Emergência contava com atendimento clínico, cirúrgico, ginecológico, odontológico e de enfermagem, para pacientes com idade igual ou superior a 14 anos, por demanda espontânea ou encaminhamento de outros serviços, como por exemplo, unidades básicas de saúde, SAMU, entre outros.

Aqueles pacientes que ingressavam mediante encaminhamento e contato prévio de outro serviço de saúde, ou pela regulação do SAMU eram encaminhados para uma sala acordada entre o médico solicitante e o que aceitou o atendimento. Assim, os pacientes regulados para a sala laranja eram encaminhados para a sala laranja, e assim para as demais cores identificadoras das categorias de prioridade. O cadastro desse paciente era realizado por um responsável e a CR era feita pelos enfermeiros das respectivas salas de atendimento. Por outro lado, aqueles pacientes que chegaram por demanda espontânea após seu cadastro, aguardaram pela CR pelo enfermeiro em um dos consultórios de CR onde era estabelecida a prioridade clínica e verificados os sinais vitais para a totalidade dos pacientes, a despeito do fluxograma e discriminador escolhido.

Apesar da prioridade clínica representada pela cor Branca não fazer parte dos fluxogramas do SMCR, esta classificação foi adotada para pacientes que não necessitavam de atendimento médico, mas buscavam a emergência por algum problema administrativo ou para se submeterem a terapêuticas prescritas em outros locais, tais como: aplicação de algum medicamento endovenoso ou intramuscular com prescrição médica de outro local, ou para realização de curativos entre outros procedimentos de enfermagem.

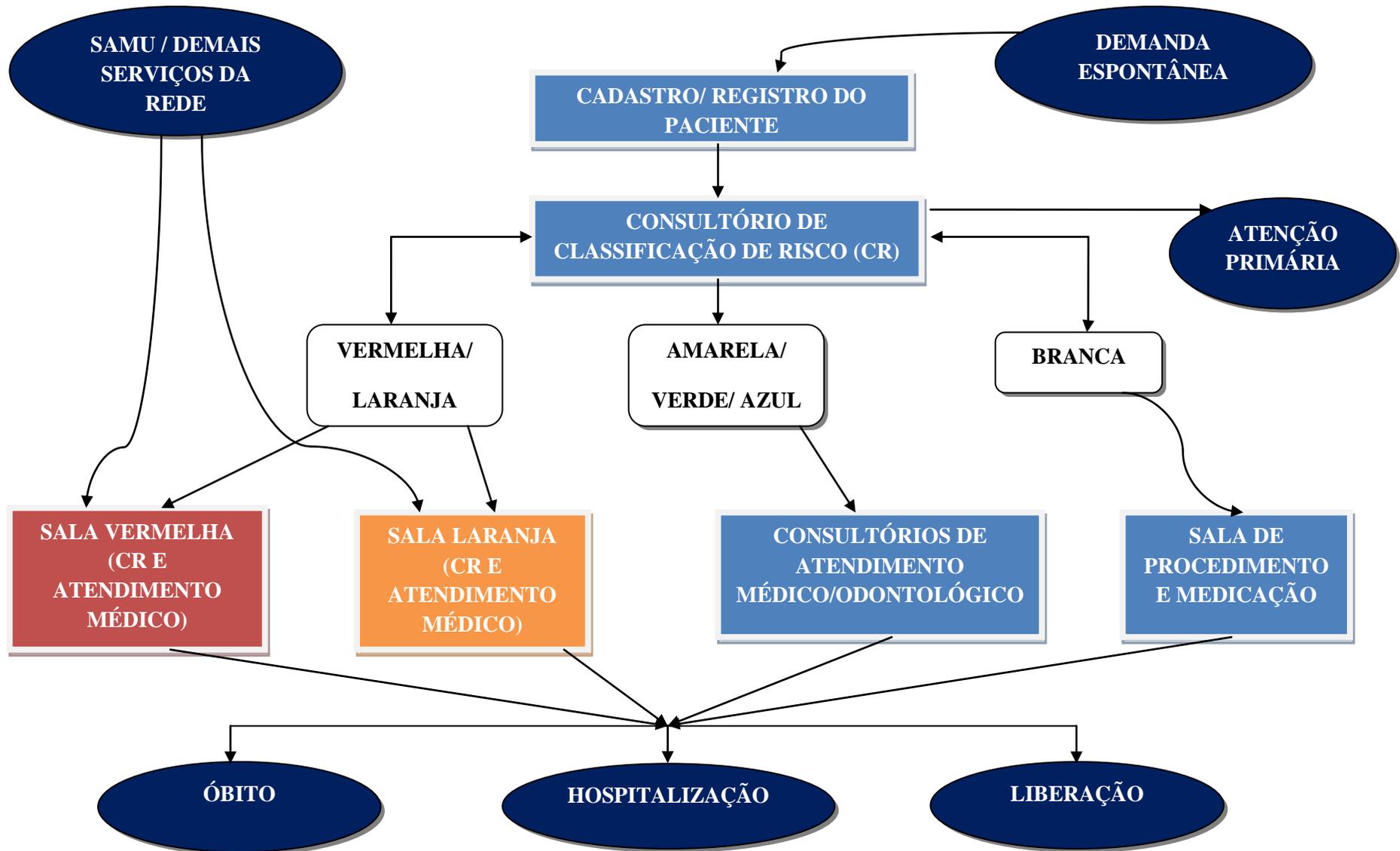
Os pacientes classificados nas categorias de prioridade azul, verde ou amarela aguardaram no saguão até serem chamados para o atendimento médico, enquanto que os pacientes cuja classificação foi laranja ou vermelha eram encaminhados imediatamente pelo técnico de enfermagem para as respectivas salas de atendimento.

Também, um fluxo específico para pacientes que apresentarem sinais ou sintomas de um Acidente Vascular Cerebral (AVC), é seguido, uma vez que esta emergência faz parte dos centros de referência para esta linha de cuidado do AVC (BRASIL, 2012). Neste sentido, os pacientes com suspeita de AVC, mesmo não obtendo prioridades clínica vermelha, foram encaminhados para esta sala de forma imediata onde o atendimento deve ser seguido de acordo com protocolo interno de AVC.

Conforme descrito no SMCR, independente da prioridade clínica inicial, em virtude de mudanças no quadro, havia reavaliação dos pacientes e, sempre que necessário, foram alteradas as prioridades.

A Figura 1 sumariza esse fluxo de atendimento.

Figura 1: Fluxo do atendimento no Serviço de Emergência do HNSC



4.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por usuários admitidos no Serviço de Emergência do Hospital Conceição, avaliados e classificados pelos enfermeiros por meio do SMCR, no ano de 2012.

Critérios de elegibilidade:

Foram incluídos adultos (idade ≥ 18 anos) admitidos no Serviço de Emergência do Hospital Conceição no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2012, avaliados e classificados pelos enfermeiros por meio do SMCR, a despeito da categoria de classificação recebida. Optou-se por esse período pois o SMCR já havia sido adotado há 2 anos como protocolo para CR estando, portanto, sua prática sedimentada na instituição. Além disto, a adoção de um ano-calendário abrange todos os períodos do ano, minimizando as oscilações no perfil dos pacientes relacionadas à sazonalidade. Também, neste período o serviço não passou por nenhum tipo de reforma de área física, ou modificação no seu processo de trabalho que afetasse o fluxo de atendimento. Foram considerados como duplicatas os atendimentos em uma mesma data para um mesmo paciente, a despeito do motivo gerador do novo atendimento (reclassificação ou novo atendimento propriamente dito) não sendo incluídos na análise.

4.4 Variáveis em estudo e coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de *query* que contemplou as seguintes informações: número do prontuário, data de nascimento, sexo, horário de registro (chegada à emergência), horário de CR, fluxograma do SMCR escolhido, discriminador apontado, especialidade médica que realizou o atendimento, desfecho em 24 horas (alta da emergência, hospitalização, ou óbito) e tempo de internação. A totalidade destas informações estão disponíveis no prontuário eletrônico do paciente e o setor responsável da instituição forneceu um arquivo (planilha eletrônica) contendo os dados.

4.5 Análise Estatística

Os dados foram organizados em planilha eletrônica (Excel) e analisados com auxílio do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 18). As variáveis contínuas foram descritas por meio de média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil, conforme sua distribuição. As variáveis categóricas foram descritas como frequência absoluta e relativa (percentual). A normalidade da distribuição das variáveis contínuas foi testada por meio do teste de Shapiro-Wilk.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de um estudo observacional, que utilizou dados já registrados no prontuário dos pacientes e que não interferiu, sob nenhum aspecto, na rotina assistencial prestada. Desta forma, o estudo previu que a exposição dos usuários a riscos seja menor que a riscos mínimos. Por envolver registros realizados por profissionais do Hospital Conceição em prontuários de pacientes, os autores comprometeram-se formalmente em manter a privacidade e confidencialidade em relação às informações que acessarem, ao assinar o Termo de Compromisso com a Utilização de Dados (ANEXO A).

O projeto foi submetido para avaliação quanto aos seus aspectos éticos e metodológicos à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) (ANEXO B), Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO C) e ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição (ANEXO D). O projeto de pesquisa foi elaborado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras Envolvendo Pesquisa com Seres Humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466 de 2012.

6 RESULTADOS

No período do estudo foram contabilizados 153.885 atendimentos para 139.556 pacientes. Assim, o número de atendimentos analisados foi de 139.556, uma vez que 14.329 atendimentos não foram incluídos por tratarem-se de duplicatas.

Os atendimentos, foram, predominantemente, prestados a mulheres. (59,8%) e a pacientes com menos de 57 anos (59,3%), sendo a idade média 44 ± 18 anos (mínimo: 18; máximo: 104) (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição dos participantes do estudo de acordo com a faixa etária. Dados expressos em números absolutos e proporção entre parênteses

Faixa etária (n=139556)	n(%)
18 a 27 anos	33.704 (24,2)
28 a 37 anos	27.001(19,3)
38 a 47 anos	21.818 (15,6)
48 a 57 anos	22.235 (15,9)
58 a 67 anos	16.972 (12,1)
68 a 77 anos	11.416 (8,2)
78 a 87 anos	5.496 (3,9)
88 a 97 anos	869 (0,62)
98 a 104 anos	45 (0,03)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

6.1 Prioridades clínicas dos Pacientes

A maior parte dos pacientes apresentou prioridade “Verde” (69,7%) seguido da prioridade “Amarela” (17,4%), a “Laranja” (6,5%), “Azul” (3,5%), “Branca” (2,4%) e, por fim, “Vermelha” (0,5%) (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição dos pacientes, de acordo com a prioridade clínica estabelecida na classificação de risco. Dados expressos como número de pacientes (proporção em relação ao total)

Prioridades clínicas (n=139.556)	N (%)
Vermelha	678 (0,5)
Laranja	9.024 (6,5)
Amarela	24.285 (17,4)
Verde	97.263 (69,7)
Azul	4.903 (3,5)
Branca	3.403 (2,4)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Após a CR, 62% dos pacientes foram encaminhados para a emergência clínica, 17,8% para a emergência cirúrgica, 8,5% para a emergência ginecológica, 6,5% para a emergência odontológica, 0,4% para a emergência de enfermagem, 3,4% foram encaminhados para outros serviços (Banco de Olhos, Hospital Fêmeina, Hospital de Pronto Socorro, entre outros), 0,9% foram encaminhados para as UPA's, 0,04% dos paciente foram encaminhados para unidade de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC e 0,6% foram encaminhados outras unidades básicas de saúde integrantes da Rede de Atenção (Tabela3).

Tabela 3 - Distribuição dos locais para onde os pacientes foram encaminhados para atendimento após a classificação de risco, de acordo com as prioridades clínicas elegidas pelo SMCR

Variáveis* (n=139.556)	Vermelha	Laranja	Amarela	Verde	Azul	Branca	Total
Emergência Clínica	669(98,7)	8.605(95,4)	17.813(73,3)	55.939(57,5)	2.954(60,2)	501(14,7)	86.481(62)
Emergência Cirúrgica	7(1)	351(3,9)	4.901(20,2)	18.467(19)	726(14,8)	330(9,7)	24.782(17,8)
Emergência Ginecológica	2(0,3)	63(0,7)	1.250(5,1)	9.954(10,2)	404(8,2)	211(6,2)	11.884(8,5)
Emergência Enfermagem	0(0)	0(0)	0(0)	60(0,1)	54(1,1)	424(12,5)	538(0,4)
Emergência Odontológica	0(0)	5(0,1)	321(1,3)	8.631(8,9)	40(0,8)	6(0,2)	9.003(6,5)
Outros	0(0)	0(0)	0(0)	2.787(2,9)	414(8,4)	1.491(43,8)	4.692(3,4)
Unidades de Pronto Atendimento	0(0)	0(0)	0(0)	1.090(1,1)	147(3)	22(0,6)	1.259(0,9)
Unidade Básica De Saúde	0(0)	0(0)	0(0)	335(0,3)	164(3,3)	418(12,3)	9.17(0,6)
Total	678(100)	9.024(100)	24.285(100)	97.263(100)	4.903(100)	3.403(100)	139556(100)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

*Variáveis categóricas expressas em frequência e percentil - n(%).

6.2 Tempo de espera até a classificação de risco e tempo empregado para a classificação de risco

Na Tabela 4 observa-se a distribuição de pacientes (proporção), a despeito da categoria de prioridade, de acordo com o tempo (em minutos) que o enfermeiro utilizou para a classificação. Identificamos que a maior parte dos pacientes (84,6%) foram classificados em até $3 \pm 1,45$ minutos, tempo sugerido pelo SMCR como adequado para esta finalidade.

Tabela 4 – Distribuição o total de pacientes (n= 139.556), de acordo com o tempo dispensado para a classificação de risco. Dados expressos como número de pacientes (proporção em relação ao total)

Tempo em minutos	N (%)
0 (até 60 segundos)	3.160 (2,3)
1	35.348 (25,3)
2	52.722 (37,8)
3	26.848 (19,2)
4	11.647 (8,3)
5 a 10	9.570(6,8)
11 a 20	260(0,18)
44	1(0,0007)
Total	139.556(100)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A Tabela 5 detalha o tempo de espera, na CR e o total envolvido nesse processo, de acordo com a categoria de prioridade. Apresenta os tempos medianos, de acordo com a categoria de prioridade para o atendimento, que o paciente aguardou entre o seu ingresso na emergência e ser chamado para a CR, o tempo despendido pelo enfermeiro para a classificação e o somatório destes tempos. Nota-se que, a despeito da categoria de prioridade, os tempos medianos para a classificação mantiveram-se dentro da recomendação do SMCR (até 3 min). No entanto, os pacientes aguardaram excessivo tempo para chegar até a classificação (tempo mediano >4 min da prioridade laranja). Com isso, o tempo decorrido entre chegada do paciente à emergência e a finalização da CR excedeu a 8 minutos, inclusive naquelas categorias onde o atendimento médico deveria ter sido imediato (vermelho), ou em até 10 minutos (laranja).

Tabela 5 – Tempos medianos, de acordo com a categoria de prioridade para atendimento, decorrido entre a chegada do paciente até a classificação de risco, durante a classificação de risco e tempo total entre a chegada do paciente e o término da classificação de risco. Dados demonstrando n(%) em cada categoria de prioridade clínica e como mediana (intervalo interquartil) nos tempos

Variáveis (n=139.556)	Tempo de espera para a classificação de risco	Tempo de classificação de risco	Tempo total da chegada à conclusão da classificação
Vermelha 678 (0,49)	5 (2-13)	2 (1-4)	8 (4-16)
Laranja 9.024(6,5)	4 (1-11)	3 (2-4)	8 (4-15)
Amarela 24.285(17,4)	6 (2-17)	3 (2-4)	10 (4-15)
Verde 97.263(69,7)	9 (3-23)	2 (1-3)	11 (5-25)
Azul 4.903(3,5)	9 (2-23)	2 (1-3)	12 (5-25)
Branca 3.403(2,4)	9 (2-24)	1 (1-3)	11 (4-26)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Houve pouca diferença no tempo mediano dispensado para a CR entre as categorias de maior prioridade (vermelha, laranja) e de menor prioridade (amarelo, verde, azul), sendo, inclusive, menor nos pacientes de prioridade de atendimento extra-emergência (branca). Percebe-se, no entanto, que houve menos tempo de espera nos pacientes que receberam classificações de maior prioridade, o que impactou no tempo total entre a chegada à emergência e a finalização da classificação, também menor naqueles de maior gravidade.

6.3 Fluxogramas utilizados na classificação de risco

De modo geral os enfermeiros elegeram os fluxogramas *Mal estar* (23,1%), *Dor Abdominal* (16,2%), *Problemas Estomatológicos* (6,6%), *Dor Torácica* (5,2%) prioritariamente. Nos pacientes com classificação vermelha (prioridade clínica emergente) o fluxograma mais frequente foi *Alteração do Comportamento* (37%). Nos classificados como laranja (muito urgente), o fluxograma mais frequente foi *Dor Torácica* (20,1%); nos paciente avaliados como “amarelos” (urgentes), “verdes” (pouco urgente) e “azuis”

(nenhuma urgência) o fluxograma mais utilizado foi *Mal estar*, respectivamente com 20,7% , 24,3% e 34,8%. E em relação a prioridade “branca” o fluxograma mais utilizados foi o de *Orientação* (74,1%). A Tabela 6 detalha a distribuição de escolha de fluxogramas, de acordo com a prioridade clínica.

Tabela 6 – Proporção de distribuição dos fluxogramas utilizados na classificação de risco, para cada categoria de prioridade. Dados apresentados exclusivamente em proporção (%)

FLUXOGRAMA (n=139.556)	Vermelha %	Laranja %	Amarela %	Verde %	Azul %	Branca %
Mal Estar	11,1	16,4	20,7	24,3	34,8	7,8
Dor Abdominal	1	9,3	18,1	17,2	10,8	2
Problemas Estomatológicos	0	0,1	1,4	9	0,9	0,2
Dor Torácica	3,4	20,1	7,3	3,5	5,9	0,5
Infecções Locais E Abscessos	0,4	0,2	1,5	6,7	5,1	1,1
Problemas Urinários	0,3	1,1	4,7	2,2	7,4	2,6
Problemas em Extremidades	0,3	0,9	2,6	5,2	5,6	1,8
Dor Lombar	0	4	6,6	3,9	5,7	0,7
Cefaleia	0,6	2,2	5,1	4,6	2,6	0,6
Dispnéia em Adulto	26	13,8	5,9	1,9	2,7	0,3
Feridas	0,1	0,3	1	3,2	3,6	2,5
Dor de Garganta	0,4	0,3	1,4	3	2	0,6
Diarréia E/Ou Vômitos	0	0,6	1,8	2,3	1,9	0,2
Sangramento Vaginal	0,1	0,4	1,2	2,2	1,1	0,1
Orientação	0	0	0	0	0	74,1
Alteração de Comportamento	37	6,6	4,2	0,2	0	0,1
Diabetes, História de	1,8	4,3	3,9	0,3	0,6	0,1
Vômitos	0,3	0,5	1,6	0,9	0,8	0,1
Erupção Cutânea	0	0,4	0,8	0,9	1,4	0,7
Asma, História de	0,3	2	2	0,5	0,3	0,1
Doenças Hematológicas	1	6,3	0,9	0,2	0,1	0,7
Alergias	0	1,2	0,7	0,7	2,1	0,4
Dor Testicular	0	0,3	0,8	0,8	0,8	0
Hemorragia Digestiva	0,9	1,5	2	0,3	0,2	0
Problemas em Ouvidos	0,1	0	0,2	0,8	1	0,6

Continua

Dor Cervical	0	0,3	0,4	0,5	0,6	0,1
Desmaio no Adulto	9,6	1,4	1,1	0,1	0,1	0
Convulsões	4	1,7	0,5	0,1	0,1	0
Overdose e Envenenamento	0,9	2,1	0,2	0	0	0
Problemas em Olhos	0	0,1	0,1	0,2	0,3	0,4
Doença Sexualmente Transmissível	0	0	0	0,2	0,6	0,1
Mordeduras e Picadas	0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1
Problemas Nasais	0	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1
Gravidez	0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
Embriaguez Aparente	0	0,4	0,2	0	0,3	0
Doença Mental	0,1	0,1	0,2	0	0	0,1
Queda	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0,4
Problemas em Face	0	0	0	0,1	0	0,1
Corpo Estranho	0,6	0,1	0	0,1	0,1	0
Exposição a Agentes Químicos	0	0,2	0,1	0	0	0
Trauma Crânioencefálico	0,1	0	0,1	0	0	0,1
Palpitações	0	0,2	0	0	0	0
Queimaduras	0	0	0	0	0	0
Trauma Toracoabdominal	0	0	0	0	0	0
Agressão	0,1	0	0	0	0	0
Trauma Maior	0	0	0	0	0	0
Autoagressão	0	0	0	0	0	0
Pais Preocupados	0	0	0	0	0	0
Total	678 (100)	9.024 (100)	24.285 (100)	97.263 (100)	4.903 (100)	3.403 (100)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

6.4 Desfechos clínicos dos Pacientes em cada prioridade clínica

Considerando como desfecho clínico *liberação, hospitalização e óbito* em 24 horas, as categorias de baixa prioridade evidenciaram um maior número de liberações, branca (96,18%), azul (96,15%), verde (93,15%) e amarela (79,58%). Nas categorias vermelha e laranja o número de hospitalizações foi mais frequente, respectivamente com 64,75% e 39,86% e a prioridade clínica vermelha foi responsável pelo mais percentual de óbitos,

7,81%. Na Tabela 7 as prioridades clínicas estão estratificadas dentro dos desfechos em 24 horas.

Tabela 7- Proporção de Liberações, hospitalizações e óbitos em 24 horas após ingresso na emergência, de acordo com as prioridades clínicas. Dados demonstrados como n(%)

Prioridades Clínicas (n=139.556)	Liberação	Hospitalização	Óbito	Total
Vermelha	186 (27,44)	439 (64,75)	53 (7,81)	678 (100)
Laranja	5.288 (58,59)	3.597 (39,86)	139 (1,55)	9.024 (100)
Amarela	19.325 (79,58)	4.923 (20,27)	37 (0,15)	24.285 (100)
Verde	90.591 (93,15)	6.650 (6,83)	22 (0,02)	97.263 (100)
Azul	4.714 (96,15)	189 (3,85)	0	4.903 (100)
Branca	3.273 (96,18)	128 (3,77)	2 (0,05)	3.403 (100)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

7 DISCUSSÃO

Nós identificamos que a maior parte dos pacientes classificados pelo SMCR na maior emergência do sul do Brasil, em 2012, receberam uma prioridade clínica de pouca urgência, aguardaram por tempos que excederam a 4 minutos para chegar à CR, mas a classificação ocorreu dentro do tempo recomendado pelo SMCR. Ainda, verificamos que a proporção de óbitos em até vinte e quatro horas na emergência foi baixa e ocorreu, especialmente, naqueles pacientes classificados como muito urgentes (laranja).

Ao discutirmos sobre a prioridade clínica obtida pelos pacientes no momento da CR, os resultados apresentaram que cerca de 2/3 dos pacientes foram classificados em prioridades de pouca ou nenhuma urgência (verde, azul, branco). Um estudo brasileiro de 2009 que objetivava avaliar a concordância entre um protocolo próprio e o SMCR demonstrou que 51% dos pacientes classificados eram de pouca urgência (SOUZA et al., 2011). A grande proporção de usuários de menor grau de prioridade nos SEH tem sido relacionado a diferentes fatores, que vão desde questões da própria gestão hospitalar, percepções do usuário acerca da necessidade de procura por serviços de saúde e devido ao modelo tradicional de atendimento por demanda. Reforçando este último aspecto, um estudo anterior identificou que os encaminhamentos médicos para os SEH não ultrapassa a 8% do total de pacientes admitidos, traduzindo uma cultura de autoencaminhamento (demanda espontânea) na população, refletindo em má utilização do sistema de saúde e criando uma pressão pelo atendimento a pacientes de baixa gravidade nas emergências (MACKWAY-JONES, 2006).

A despeito da prioridade clínica, o somatório do tempo entre a chegada do paciente e o término da sua classificação consumiu valiosos minutos do tempo previsto no SMCR para que ele recebesse o primeiro atendimento médico. No entanto, assim como em outros Serviços de Emergência, os pacientes de maior prioridade (vermelha/laranja) são, geralmente, atendidos antes mesmo que seu cadastro seja iniciado. A identificação e emissão do boletim de atendimento do paciente, portanto, se dá de forma paralela ao atendimento e a classificação ocorre de modo retrospectivo, após a estabilização clínica. Outro estudo identificou situação semelhante aos resultados obtidos por nós, evidenciando que há a possibilidade de sobre-estimação do tempo de atendimento, principalmente naqueles pacientes mais graves que, em primeiro lugar, são estabilizados clinicamente e só posteriormente é realizado o cadastro e CR (MATIAS et al., 2008). Um estudo recente,

objetivou comparar o tempo de espera, tempo de tratamento na emergência, o tempo de hospitalização, e o tempo de espera de acordo com as prioridades de classificação antes e depois da implementação do SMCR. Os autores identificaram que após a implementação do SMCR pacientes com maior prioridade aguardaram menos tempo do que aqueles de menor prioridade. Porém, não identificaram diminuição no tempo de espera e no tempo de hospitalização. Também, verificaram que quanto maior o nível de urgência, mais tempo foi despendido na CR (STORM-VERSLOOT et al., 2014).

Os autores Wulp, Schrijvers, e Stel (2009) também documentaram isso e ressaltam que os protocolos internos, como o adotado na instituição sede do presente estudo, podem promover distorções nos dados relativos ao uso do SMCR. Assim, observa-se que quanto mais urgente é a situação clínica de um paciente, maior a probabilidade de sobre-estimação do tempo de atendimento. Portanto, existe a possibilidade de os tempos analisados no presente estudo, possam não traduzir a verdadeira rapidez do atendimento nas prioridades clínicas emergente (vermelha) e muito urgente (laranja). Ainda assim, parece haver necessidade de se conhecer melhor a totalidade dos processos envolvidos a fim de que etapas desnecessárias sejam identificadas e excluídas, como, por exemplo, a aferição daqueles sinais vitais não demandados pelo fluxograma escolhido. O tempo investido nesta mensuração, como na rotina da emergência avaliada neste estudo, pode ter contribuído para o incremento de tempo no processo de CR.

Afinal, o SMCR nos é uma metodologia pra definir prioridade clínica, tendo como foco facilitar a gestão clínica do paciente e reduzir o tempo de classificação de risco. Neste cenário, a agilidade é um atributo importante, devendo uma avaliação mais específica ser operada em um momento posterior à classificação (na consulta médica). Sendo assim, a queixa e a avaliação de um número limitado de sinais e sintomas devem ser capazes de discriminar a prioridade clínica, dispensando um exame mais completo (MACKWAY-JONES et al., 2006).

Corroborando isso, um estudo de 2010 que observou o processo de classificação em um Serviço de Emergência que fazia uso do SMCR sem adaptações, os autores identificaram que o tempo total de espera para a classificação até a finalização desse processo foi uma média de $3,92 \pm 2,28$ minutos, ou seja, bem menor do que os encontrados no nosso estudo (CLIFFORD-BROWN; CHALLEN; RYAN, 2010)

Em relação aos fluxogramas, identificou-se que três dos cinco fluxogramas mais utilizados no presente estudo (mal estar, dor abdominal, dor torácica) coincidiram com

aqueles identificados em pesquisa brasileira de 2009, que também teve como cenário um Serviço de Emergência de um Hospital Público Brasileiro de grande porte, em Belo Horizonte, Minas Gerais (SOUZA et al., 2011). Por outro lado, a emergência descrita no presente estudo, em 2012, era um dos poucos Serviços de referência na cidade de Porto Alegre para atendimento odontológico de urgência, justificando a elevada proporção de escolhas do fluxograma *Problemas estomatológicos*, enquanto a emergência descrita no estudo de Souza et al, (2011), não apresentou grande frequência deste fluxograma (0,8%).

Também a escolha de fluxogramas pode ser influenciada pela presença de rotinas de cada Serviço. Isto pode ser observado, por exemplo, na elevada proporção de pacientes (37%) de prioridade clínica “Vermelha”, que foram classificados dentro do fluxograma *Alteração do Comportamento*. Os pacientes que chegam ao Serviço de Emergência do HNSC com sinais e sintomas sugestivos de AVC, cujo início do quadro é inferior a 4h30min, são enquadrados no que se refere “Protocolo de AVC”, independente do discriminador e da prioridade clínica estabelecida pelo SMCR. Trata-se de uma rotina da instituição baseada nas diretrizes da Linha do Cuidado do AVC do MS (BRASIL 2012) para o atendimento imediato, com vistas a qualificar o atendimento destes pacientes, o que o SMCR denomina de “via verde”. Essas rotas visam privilegiar que pacientes cujas diretrizes de atendimento rápido, como aqueles com Síndrome Coronariana ou AVC, sejam rapidamente atendidos (ANZILIERO, 2013).

No estudo que conduzimos, identificamos que mais da metade dos atendimentos (62%) foram realizados pela especialidade clínica, também responsável pela maioria dos atendimentos de maior prioridade (vermelha, laranja). Um estudo português de 2009 evidenciou que a especialidade clínica atendeu e internou de 3 a 4 vezes mais que a especialidade cirúrgica e, da mesma forma, que os clínicos atenderam os pacientes de maiores prioridades mais frequentemente (MARTINS et al., 2009).

Considerando como desfecho clínico *liberação, hospitalização e óbito* em 24 horas, as categorias de baixa prioridade evidenciaram um maior número de liberações, branca (96,18%), azul (96,15%), verde (93,15%) e amarela (79,58%). Nas categorias vermelha e laranja o número de hospitalizações foi mais frequente, respectivamente com 64,75% e 39,86% e a prioridade clínica vermelha foi responsável pelo maior percentual de óbitos, 7,81%. Na Tabela 7 as prioridades clínicas estão estratificadas dentro dos desfechos em 24 horas.

Quando avaliado o destino dos pacientes atendidos verificamos que a grande maioria (88,4%) foi liberada em até 24 horas da admissão na emergência. Apesar das hospitalizações ocorrerem em menor proporção (11,4%), representam um número bastante expressivo de usuários demandando leitos hospitalares (15.909 pacientes/ano, ou 44 pacientes/dia), o que contribui, consideravelmente, para a superlotação constante do Serviço de Emergência. Situação que revela a saturação constante do limite operacional em um SEH (WEISS et al., 2008; BITTENCOURT; HORTALE, 2009)

Como esperado, a maior parte das liberações ocorreram nas categorias de menor risco (amarela, verde, azul e branca), enquanto os óbitos se deram nas categorias clínicas de maior risco (vermelha e laranja). Em 2009, um estudo com objetivo de pesquisar a relação entre os resultados da CR com o aumento/diminuição da mortalidade no setor de emergência, concluiu que há uma clara associação entre os grupos de maior prioridade e a mortalidade de curto-prazo, definida pelos autores como os óbitos ocorridos no departamento de emergência nas primeiras 24-48horas (MARTINS et al., 2009).

Outro estudo do mesmo ano envolvendo dois protocolos, sendo um deles o SMCR, demonstrou que ambos os sistemas de classificação foram capazes de associar o grupo de prioridade com o risco de mortalidade a curto-prazo, ou seja, pacientes classificados nas categorias de maior risco foram os que mais evoluíram para óbito (WULP; SCHRIJVERS; STEL, 2009).

Pesquisa de 2010 nos apresenta que pacientes pertencentes a diferentes categorias de classificação pelo SMCR tiveram evoluções distintas, onde o grupo de pacientes cuja classificação foi “vermelho” apresentou mais óbitos em relação ao grupo “laranja” e estes em relação aos “amarelo”, subsequentemente. Estes achados sugerem que o SMCR, além de priorizar o atendimento de pacientes em Serviços de Emergência, foi capaz de prever a evolução clínica durante a permanência na instituição (PINTO JÚNIOR et al., 2010).

Sabe-se que objetivo de um sistema de classificação de risco é ser um instrumento de gestão do risco clínico que permite administrar a demora, ganhando tempo para os doentes mais necessitados. Em um contexto como os SEH onde os recursos e estrutura são inferiores à demanda e imprevisíveis, a adoção de uma CR padronizada passa a ser essencial para minimizar desfechos clínicos adversos.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Se, por um lado, o estudo ter derivado de uma *query*, onde há o caráter retrospectivo, pode se configurar como uma limitação, por superestimar os tempos de espera e para a CR, como já discutido, por outro lado, permitiu assegurar a inclusão da totalidade dos atendimentos prestados no período do estudo, minimizando viés de seleção, além de outros relacionados a erros no registro direto por investigadores. Por meio do presente delineamento não foi possível avaliar, por exemplo, o tempo para o primeiro atendimento médico. No entanto, foi objetivo das autoras, na condição de Enfermeiras, era conhecer melhor as etapas que antecedem esse atendimento, uma vez que sua autonomia de atuação e de propostas de melhoria do processo está estrita a essas etapas.

9 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Assim como outros sistemas de classificação de risco, o SMCR tem o enfermeiro como o profissional essencial do processo. A atuação do enfermeiro, na organização do planejamento do atendimento aos pacientes que buscam os Serviços de Emergência é fundamental, como demonstrado no presente estudo, e pode contribuir para redução nos tempos de atendimento. Portanto, conhecer o processo de modo detalhado, assim como as possíveis dificuldades envolvidas, fornece subsídios que melhorem a formação de enfermeiros para atuação em áreas de classificação de risco.

A literatura e os processos de auditoria do desempenho do SMCR documentam o quanto o tempo para o primeiro atendimento médico está adequado às diretrizes, para cada uma das categorias de prioridade. No entanto, o presente estudo é o primeiro com essa magnitude e no âmbito do SUS a apresentar algumas informações desmembradas em duas etapas importantes que antecedem ao atendimento médico, sobre as quais os enfermeiros têm ingerência direta no processo. Em uma perspectiva futura, este estudo demanda um melhor detalhamento quanto às variáveis envolvidas da chegada do usuário até seu primeiro atendimento, instigando novas investigações.

É relevante a aplicação de outras metodologias na tentativa de explicar os determinantes destes possíveis “gargalos” que podem atrasar a chegada do paciente ao primeiro atendimento médico.

10 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Concluiu-se que o tempo envolvido em atividades que antecedem o primeiro atendimento médico, ainda que dentro do tempo preconizado pelo SMCR, foi elevado. Muitos dos pacientes atendidos apresentaram baixa prioridade, sugerindo que seu atendimento pudesse ser realizado em outros Serviços da Rede de Atenção à Saúde. Mesmo assim, elevado número de pessoas, acima da capacidade dos leitos hospitalares, demandou internação em até 24 horas de sua chegada à Emergência.

Recomenda-se a realização de mais pesquisas no contexto brasileiro sobre o SMCR em suas diversas etapas, com vistas a fornecer argumentos e propostas para a qualificação do atendimento nas áreas de classificação de risco que já utilizam ou pretendem iniciar o uso dessa metodologia.

REFERÊNCIAS

- ANZILIERO, F. **Classificação de Manchester:** avaliação em eventos cardiovasculares e cerebrovasculares. 2013. 30 f. Monografia (Curso de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde) - Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p.1439-1454, jul. 2009.
- BRADLEY, V. M. Placing emergency department crowding on the decision agenda. **Journal of Emergency Nursing**, Lexington, v. 31, no. 3, p. 247-258, 2005.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. 292 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.** Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** acolhimento com avaliação classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** 3. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 256 p. (Série E. Legislação de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS:** acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de julho de 2011.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.601, de 07 de julho de 2011.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012**. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. Ministério da Saúde. **Institucional “Quem Somos”**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

BULLARD, M. J. et al. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. **Canadian Journal of Emergency Medical Care**, Philadelphia, v. 10, no. 2, p. 136-142, Mar. 2008.

CONSIDINE, J.; LEVASSEUR, S.A.; VILLANUEVA, E. The Australasian Triage Scale: examining emergency department nurses' performance using computer and paper scenarios. **Annals of Emergency Medicine**, Victoria, v. 44, no. 5, p.524-526, 2004.

CHRIST, M. et al. Modern triage in the emergency department. **Deutsches Ärzteblatt International**, Nuremberg, v. 50, no. 107, p.892-898, 2010.

CLIFFORD-BROWN, J; CHALLEN, K.; RYAN, B. What happens at triage: a naturalistic observational study. **Emergency Medicine Journal**, Manchester, v. 27, no. 3, p. 930-933, May 2010.

CROIN, J.G. The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. **Accident & Emergency Nursing**, Oxford, v.11, no. 2, p. 121-125, 2003.

DESLANDES, S. F. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, n. 21, p.327-329, 2002.

EITEL, D. R. et al. The emergency severity index triage algorithm version 2 is reliable and valid. **Academic Emergency Medicine**, Boston, v. 10, no. 10, p.1070-1080, 2003.

FERNADES, I. Protocolos no serviço de urgência. **Nursing**, Lisboa, v. 22, n. 259, p.31-34, 2010.

FREITAS, P. **Triagem no serviço de urgência**: grupo de triagem de Manchester. 2. ed. Lisboa: BMJ Publishing Group, 2002. 149 p.

FULLER, G. et al. The accuracy of alternative triage rules for identification of significant traumatic brain injury: a diagnostic cohort study. **Emergency Medicine Journal**, Sheffield, v. 31, no. 11, p. 914-919, Nov. 2014.

FURTADO, B. M. A.; ARAÚJO, J. L.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Recife, v. 7, n. 3, p. 279-289, 2004.

GRAFF, L. et al. Measuring and improving quality in emergency medicine. **Academic Emergency Medicine**, Boston, v. 9, n. 11, p.1092-1107, 2002.

GROUSE, A. I.; BISHOP, R. O.; BANNON, A. M. The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 26, no. 1, p.484-486, 2009.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema de Manchester de classificação de risco**: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte, 2010.

GRUPO DE TRABALHO DE URGÊNCIAS. Triagem de prioridades na urgência. In: _____. **O Serviço de urgência**: recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. Portugal: Ministério da Saúde, 2006. p. 14-17. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/apresentacao_powerpoint/livro_portugal.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.

LÄHDET, E. F. Analysis of triage worldwide. **Emergency Nurse**, London, v. 17, no. 4, p. 16-19, 2009.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de classificação de risco**: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2006. 247 p.

MAGID, D.; ASPLIN, B.; WEARS, R. The quality gap: searching for the consequences of emergency department crowding. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 44, no. 6, p. 586-588, 2004.

MARTINS, H. M. G. et al. Is Manchester (MTS) more than a triage system? a study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 26, no. 3, p.183-186, Mar. 2009.

MATIAS, C. et al. Triagem de Manchester nas síndromes coronárias agudas. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, Vila Franca de Xira, v. 27, n. 2, p. 205-216, fev. 2008.

MENZANI, G. **Stress entre enfermeiros brasileiros que atuam em pronto socorro**. 2009. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

NIJMAN, R. G. et al. Can urgency classification of the Manchester triage system predict serious bacterial infections in febrile children? **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 96, no. 8, p. 715-722, 2011.

- OLOFSSON, P.; GELLERSTEDT, M.; CARLSTRÖM, E. D. Manchester triage in Sweden: interrater reliability and accuracy. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 17, no. 3, p. 143-148, July 2009.
- PAIVA, L. et al. Manchester triage in acute pulmonary embolism: can it unmask the grand impersonator? **Emergency Medicine Journal**, London, v. 29, n. 6, p.1-6, dez. 2012.
- PARANHOS, W. Y.; CALIL, A. M. **O Enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2010. 818 p.
- PINTO JÚNIOR, D. et al. Validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1-8, dez. 2010.
- PROVIDÊNCIA, R. et al. Importance of Manchester triage in acute myocardial infarction: impact on prognosis. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 28, n. 1, p.212-216, Sept. 2011.
- ROUKEMA, J et al. Validity of the Manchester triage system in paediatric emergency care. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 23, n. 1, p. 906-910, 2006.
- SANTOS, J. S. et al. 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, 36, n. 2/4, p. 498-515, 2003.
- SANTOS, A. P. et al. Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 31, no. 2, p. 148-152, Feb. 2014.
- SEIGER, N. et al. Undertriage in the Manchester triage system: an assessment of severity and options for improvement. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 96, no. 7, p. 653-657, Jan. 2011.
- SCOBLE, M. Implementing triage in a children's assessment unit. **Nursing Standard**, Newport, v. 18, n. 34, p. 41-44, May 2004.
- SCHUETZ, P. et al. Optimizing triage and hospitalization in adult general medical emergency patients: the triage project. **BMC Emergency Medicine**, London, v. 13, n. 12, 2013. 13 p.
- SOLER, W. et al. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias Triage: a key tool in emergency care. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, Pamplona, v. 33, supl. 1, p. 55-68, 2010.
- SOUSA, G. W. A reforma da reforma: repensando a saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p.1-8, fev. 2011.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos.** 2009. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

STORM-VERSLOOT, M. N. et al. Comparison of an informally structured triage system, the emergency severity index, and the Manchester triage system to distinguish patient priority in the emergency department. **Academic Emergency Medicine**, Hoboken, v. 8, no. 18, p.822-829, Ago. 2011

STORM-VERSLOOT, M. N. et al. Influence of the Manchester triage system on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 31, no. 1, p. 13-18, Jan. 2014.

SUZUMURA, E. A. et al. Como avaliar criticamente estudos de coorte em terapia intensiva? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p.93-98, 2008.

SCHULL, M. et al. Emergency department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 44, no. 6, p. 577-585, 2004.

VAN IERLAND, Y. et al. Alarming signs in the Manchester triage system: a tool to identify febrile children at risk of hospitalization. **The Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 162, no. 4, p.862-866, abr. 2013.

VAN VEEN, M. et al. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. **BMJ (Clinical Research Edition)**, London, v. 337, a1501 Sept. 2008. Disponível em: <bmj.com>. Acesso em: 10 mar. 2014.

VAN VEEN, M.; AMOLL, H. Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, London, v. 17, n. 38, p.1-8, Ago. 2009.

VAN VEEN, M. et al. Repeatability of the Manchester triage system for children. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 27, no. 7, p. 512-516, June 2010.

VAN VEEN, M. et al. Safety of the Manchester triage system to identify less urgent patients in paediatric emergency care: a prospective observational study. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 96, no. 6, p. 513-518, Jan. 2011.

WEISS, Steven J. et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: results of the national ED overcrowding study (NEDOCS). **Academic Emergency Medicine**, Hoboken, v. 11, no. 1, p.38-50, Jan. 2008.

WULP, I. V. et al. Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 25, no. 7, p. 431-434, July 2008.

WULP, I. D.; SCHRIJVERS, A. J. P.; STEL, H. F. Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester triage System: a retrospective observational study. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 26, no. 7, p. 506-509, 2009.

WULP, I. D. et al. Pain assessments at triage with the Manchester triage system: a prospective observational study. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 28, no.1, p. 585-589, Ago. 2010.

ANEXO A**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**

Título do Projeto

Evolução Clínica em 24 Horas de Pacientes Classificados pelo Sistema Manchester de Classificação de Risco, em um Serviço de Urgência e Emergência

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes e profissionais cujos dados serão coletados na base de dados do Hospital Conceição. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e que as informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

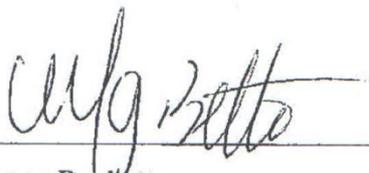
Porto Alegre, 02 de janeiro de 2014.

Nome dos Pesquisadores

Assinatura



Thaíla Tancini



Mariur Gomes Beghietto

ANEXO B**CARTA DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFRGS**

● Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Enfermagem(4)

De: waldman.beatriz@gmail.com [mailto:waldman.beatriz@gmail.com]

Enviada: qui 27/6/2013 20:49

Para: Mariur Gomes Beghetto

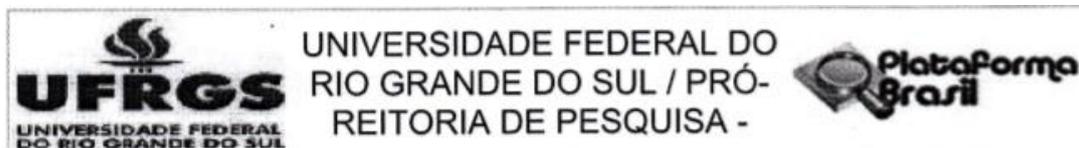
Assunto: Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Enfermagem

Prezado Pesquisador MARIUR GOMES BEGHETTO, Informamos que o projeto de pesquisa EVOLUÇÃO CLÍNICA EM 24 HORAS DE PACIENTES CLASSIFICADOS PELO SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, EM UM SERVIÇO HOSPITALAR DE URGÊNCIA encaminhado para análise em 25/06/2013 foi aprovado pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer: O Projeto de Mestrado intitulado - Evolução Clínica em 24 horas de Pacientes Classificados pelo Sistema Manchester de Classificação de Risco, em um Serviço de Urgência e Emergência - da acadêmica de Thaila Tanccini, foi APROVADO conforme registro em Ata da sessão de realização do Exame de Qualificação do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFRGS, presidida pela orientadora Profa. Dra. Mariur Gomes Beghetto, de acordo com a Resolução 01/2007 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, realizada em 10 de maio de 2013.

Projeto cadastrado na COMPESQ/EENF em 27 de junho de 2013.

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem

ANEXO C
PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EVOLUÇÃO CLÍNICA EM 24 HORAS DE PACIENTES CLASSIFICADOS PELO SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, EM UM SERVIÇO HOSPITALAR DE URGÊNCIA

Pesquisador: Mariur Gomes Beghetto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 18858013.4.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/COMITÊ DE ÉTICA EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 555.933

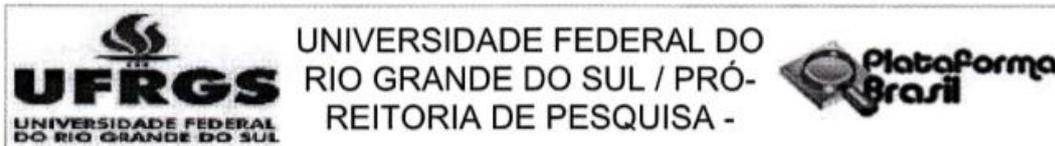
Data da Relatoria: 06/02/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto vinculado ao Curso de Mestrado do PPGENF-UFRGS, aprovado no Exame de Qualificação do referido Programa de PG e cadastrado na COMPESQ da Unidade de origem.

Apresenta um histórico bem fundamentado e de amplitude internacional acerca de iniciativas para a organização de demandas em serviços de emergência, que se expressam por meio da utilização de protocolos de classificação de risco. Entre os diferentes centros, destaca o Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR), que é um protocolo muito utilizado na União Europeia e Reino Unido. Apesar de estudos demonstrarem que o SMCR é acurado, de fácil manejo por parte dos enfermeiros, permitindo uniformidade nas decisões, argumenta que pesquisas sobre sua efetividade prática são incipientes no contexto brasileiro. Assim, postula a necessidade de desenvolver estudos que demonstrem a utilidade prática desse sistema de classificação de risco nos serviços de urgência integrados a um sistema de saúde com as particularidades do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de que seu emprego seja suficiente para o ordenamento apropriado do atendimento, evitando desfechos clínicos desfavoráveis. Assinala que, mediante a recente implantação, no contexto brasileiro, ainda não se conhece como se dá a evolução clínica em 24 horas dos pacientes classificados pelo SMCR em serviços de urgência de grande porte, especialmente o quanto os diferentes estratos de prioridade clínica, estabelecidos no momento da

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 555.933

classificação de risco, determinam o tempo de espera para o primeiro atendimento médico, o que motiva a realização do presente estudo.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: Observacional, de Coorte, temporalidade retrospectiva, com utilização de dados já registrados no prontuário dos pacientes sem interferência na rotina assistencial prestada.

LOCAL DO ESTUDO: Serviço de Emergência do Hospital Conceição, Porto Alegre, RS.

POPULAÇÃO: Usuários admitidos no Serviço de Emergência, avaliados e classificados pelos enfermeiros por meio do SMCR, no ano de 2012.

AMOSTRA: Inclui somente usuários acima de 18 anos.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

Analisar o tempo de espera para o primeiro atendimento médico e a evolução clínica em 24h dos pacientes classificados pelo Sistema Manchester de Classificação de Risco. Conhecer o tempo de internação hospitalar dos pacientes atendidos em um serviço de Urgência e Emergência.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

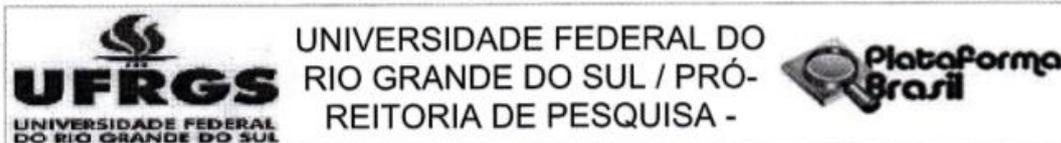
- Avaliar o tempo de espera para a classificação de risco dos pacientes atendidos em um serviço de Urgência.
- Descrever as características dos pacientes classificados pelo SMCR. Analisar o tempo de espera para o primeiro atendimento médico dos pacientes classificados em cada uma das categorias de prioridade clínica do SMCR. Avaliar a proporção de óbitos, internações hospitalares, transferências de hospital, permanência na emergência e altas dos pacientes classificados em cada uma das categorias de prioridade clínica do SMCR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Explicita que a pesquisa utilizará dados armazenados no sistema de informações do Grupo Hospitalar Conceição e acerca das precauções quanto ao anonimato dos sujeitos, sua privacidade e com a utilização dos dados.

BENEFÍCIOS: Pretende demonstrar a utilidade do Sistema Manchester de Classificação de Risco em um serviço de Urgência.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 555.933

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

COLETA DE DADOS: Será executada pela própria pesquisadora que checará os critérios de elegibilidade, a classificação de risco, tempo para o primeiro atendimento médico e desfecho em 24 horas, além do tempo de hospitalização. Os dados serão coletados por meio de query que contemplará as seguintes informações: número do prontuário, sexo, procedência, data de nascimento, horário de registro (chegada à emergência), horário de classificação de risco, fluxograma do SMCR escolhido, discriminador apontado, especialidade médica que realizou o atendimento, horário do primeiro atendimento médico, diagnóstico médico e status em 24 horas (desfecho), seguindo roteiro padronizado.

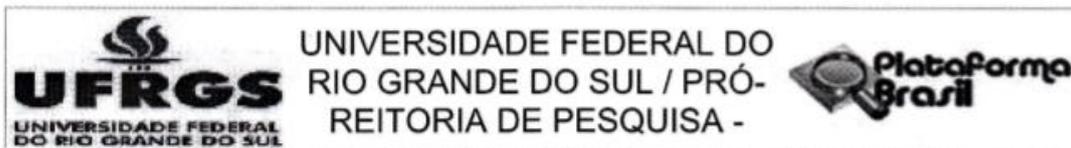
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO : Serão incluídos adultos (idade >18 anos) admitidos no Serviço de Emergência do Hospital Conceição no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2012, avaliados e classificados pelos enfermeiros por meio do SMCR, a despeito da categoria de classificação recebida. As autoras argumentam que a escolha desse período decorre do fato de que o SMCR já havia sido adotado há 2 anos como protocolo para classificação de risco estando, portanto, sua prática sedimentada na instituição. Além disto, realçam que a adoção de um ano-calendário abrange todos os períodos do ano, minimizando as oscilações no perfil dos pacientes relacionadas à sazonalidade. Também, neste período o serviço não passou por nenhum tipo de reforma de área física, ou modificação no seu processo de trabalho que afetasse o fluxo de atendimento.

VARIÁVEIS EM ESTUDO: No presente estudo, será considerado como fator em exposição a categoria de risco indicada pelo SMCR no momento da classificação de risco do usuário, na admissão no serviço de emergência: vermelho, laranja, amarelo, verde ou azul. Será considerado como desfecho o status relacionado à demanda do serviço de emergência em 24h da chegada do usuário à emergência:

- (a) liberação (alta vivo);
- (b) transferência para outro serviço de saúde;
- (c) permanência na emergência;
- (d) internação hospitalar; ou
- (e) óbito.

O tempo total de hospitalização, de acordo com a categoria de risco, também será avaliada como desfecho, naqueles acidentes que demandarem internação. A coleta de dados será executada pela própria pesquisadora que checará os critérios de elegibilidade, a classificação de risco, tempo

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 555.933

para o primeiro atendimento médico e desfecho em 24 horas, além do tempo de hospitalização. Os dados serão coletados por meio de query que contemplará as seguintes informações: número do prontuário, sexo, procedência, data de nascimento, horário de registro (chegada à emergência), horário de classificação de risco, fluxograma do SMCR escolhido, discriminador apontado, especialidade médica que realizou o atendimento, horário do primeiro atendimento médico, diagnóstico médico e status em 24 horas (desfecho), seguindo roteiro padronizado.

ANÁLISE ESTATÍSTICA: Os dados serão organizados em planilha eletrônica (Excel) e analisados com auxílio do Statistical Package for Social Sciences (SPSS 18). As variáveis contínuas serão descritas por meio de média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil, conforme sua distribuição. As variáveis categóricas serão descritas como frequência absoluta e relativa (percentual). A normalidade da distribuição das variáveis contínuas será testada por meio do teste de Shapiro-Wilk. As frequências de desfechos, serão comparadas entre as categorias de classificação de risco por meio de teste de qui-quadrado. A comparação entre os tempos de espera para o primeiro atendimento médico e tempo de internação será realizada por meio do teste de ANOVA, seguida por teste de Tukey.

CRONOGRAMA: atualizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresenta endosso da COMPESQ/EENF/UFRGS.
- Apresenta Termo de anuência do responsável pelo setor (Serviço de Emergência do GHC, devidamente assinado).
- Reapresentou Termo de Compromisso para Utilização dos Dados, desta vez com as respectivas assinaturas.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na última versão, foram atualizadas informações tanto no projeto como também no Formulário da PB (Informações Básicas do Projeto).

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 556.933

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovação.

PORTO ALEGRE, 13 de Março de 2014

Assinador por:
José Artur Bogo Chies
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br

ANEXO D
CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL S. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
 Av. Franklin Triun. 536
 CEP 91365-200 - Porto Alegre - RS
 Fone: 3357.2000
 CNPJ: 06.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
 Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
 Senhora da Conceição S.A.

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
 Rua Domingos Rubens, 20
 CEP 91940-000 - Porto Alegre - RS
 Fone: 3357.4100
 CNPJ: 02.797.126/0001-70

HOSPITAL FEMINA S.A.
 Rua Moura Brasil, 17
 CEP 91203-001 - Porto Alegre - RS
 Fone: 3414.3200
 CNPJ: 02.693.194/0001-03



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária realizada em 11 de junho de 2014, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 14-052

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

THAÍLA TANCINI

MARIUR GOMES BEGHETTO

Título: Evolução clínica em 24 horas de pacientes classificados pelo sistema Manchester de classificação de risco, em um serviço hospitalar de emergência.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO neste CEP.


 Daniel Demétrio Faustino da Silva
 Coordenador-geral do CEP-GHC

Porto Alegre, 11 de junho de 2014.