

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

BETINA FRANCO

**ANÁLISE DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER COMO
SUBSÍDIO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

Porto Alegre

2015

BETINA FRANCO

**ANÁLISE DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER COMO
SUBSÍDIO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

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

Área de concentração: Cuidado em enfermagem e saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde.

Eixo temático: Processo de enfermagem e sistemas de classificação.

Orientadora: Prof.^a Dra. Amália de Fátima Lucena

Porto Alegre

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Franco, Betina

Análise do sistema de triagem de Manchester como subsídio para o diagnóstico de enfermagem / Betina Franco. -- 2015.

68 f.

Orientadora: Amália de Fátima Lucena.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Enfermagem em emergência. 2. Triagem. 3. Processos de enfermagem. 4. Diagnóstico de enfermagem. I. Lucena, Amália de Fátima, orient. II. Título.

BETINA FRANCO

Análise do sistema de triagem de Manchester como subsidio para o diagnóstico de enfermagem.

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, 22 de abril de 2015.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Amélia de Fátima Lucena
Presidente da Banca – Orientadora
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Tânia Couto Machado Chianca
Membro da banca
UFMG



Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Karina de Oliveira Azzolin
Membro da banca
PPGENF/UFRGS

*“A mente que se abre para uma nova ideia
jamais voltará ao seu tamanho original.”*

(Albert Einstein)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois até aqui me trouxe, e tenho certeza de que Ele continuará me guiando e iluminando meus passos.

Aos meus pais, Alberto e Carmen, meus amores e meus pilares, pelo amor incondicional, conforto, incentivo e orações durante esse período. Amos vocês!

À professora Amália de Fátima Lucena, minha orientadora, por seu carinho e respeito, pelo apoio e conhecimento proporcionados, por toda paciência e dedicação durante esta etapa final.

À professora Lurdes Busin, por sua amizade e seu carinho, por ter me cuidado como uma filha durante o período em que trabalhei no Serviço de Emergência do HCPA.

Às professoras Tânia Chianca, Lisiane Paskulin e Karina Azzolin, pela participação na banca e contribuições para o aperfeiçoamento deste estudo.

À colega e amiga, Karine Molina, pelo apoio e carinho, pelas inúmeras conversas e troca de experiências, por se mostrar uma grande companheira nessa trajetória.

Aos demais colegas e amigos que me apoiaram e me auxiliaram no desenvolvimento deste estudo.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

FRANCO, Betina. **Análise do sistema de triagem de Manchester como subsídio para o diagnóstico de enfermagem.** 2015. 68 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Estudo transversal realizado em um hospital universitário de grande porte do sul do Brasil com o objetivo geral de analisar associações entre os discriminadores dos fluxogramas do Sistema de Triagem de Manchester (STM) e os Diagnósticos de Enfermagem (DE) segundo a taxonomia da NANDA-I em pacientes adultos de uma emergência clínica com prioridade clínica I (emergência) e II (muito urgente). Os objetivos específicos foram identificar as principais queixas, fluxogramas e discriminadores do STM e os DE mais frequentes. A amostra foi constituída de 219 pacientes, sendo 66 com prioridade clínica I e 153 com prioridade clínica II. A coleta de dados foi realizada no prontuário online dos pacientes. A análise estatística foi realizada pelo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, com uso do teste exato de Fisher ou qui-quadrado e o modelo de regressão de Poisson para estimar a razão de prevalência (RP). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o nº 140145. Os resultados demonstraram como principais queixas dos pacientes a dispneia e a dor. Foi identificado o uso de 14 diferentes fluxogramas do STM, sendo os mais frequentes Dispneia em adulto, Mal estar em adulto e Dor torácica, seguidos de 16 diferentes discriminadores, sendo os mais prevalentes Dor precordial ou cardíaca, Saturação de oxigênio (Sat O₂) muito baixa, Respiração inadequada, Pulso anormal e Déficit neurológico agudo. Entre os 14 diferentes DEs reais identificados, os mais prevalentes foram Padrão respiratório ineficaz e Dor aguda. Entre os nove diferentes DEs de risco identificados, os mais prevalentes foram Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz, Risco de quedas e Risco de Glicemia instável. Houve associação estatisticamente significativa entre os discriminadores Dor precordial ou cardíaca e Dor intensa com o DE Dor Aguda ($p < 0,001$). O discriminador Dor precordial ou cardíaca também apresentou associação significativa com o DE Conforto Prejudicado ($p = 0,008$). Os discriminadores Sat O₂ muito baixa e Respiração inadequada associaram-se significativamente ao DE Padrão respiratório ineficaz ($p < 0,001$). Pulso anormal apresentou associação significativa com o DE Débito cardíaco diminuído ($p = 0,030$), assim como Déficit neurológico agudo ($p < 0,001$) e Alteração súbita da consciência ($p = 0,024$) com o DE Negligência unilateral. Entre os diagnósticos de risco, os discriminadores Déficit neurológico agudo ($p < 0,001$) e Convulsionando ($p = 0,009$) associaram-se significativamente ao DE Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz, assim como Hipoglicemia associou-se significativamente ao DE Risco de glicemia instável ($p < 0,001$). O discriminador Convulsionando ainda associou-se ao DE Risco de quedas ($p = 0,037$). Conclui-se que as associações estatisticamente significativas encontradas entre os discriminadores do STM e os DE estabelecidos estão baseadas em uma adequada coleta de dados do paciente, embora estas sejam etapas executadas em momentos e com objetivos diferentes na emergência. Isso permite um julgamento clínico acurado, que subsidia os enfermeiros para a seleção rápida do cuidado a ser prestado na busca de melhores resultados, além de otimizar o tempo e organizar o trabalho na unidade, favorecendo a segurança do paciente.

Palavras-chave: Enfermagem em emergência. Triagem. Processos de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT

FRANCO, Betina. **Analysis of the Manchester triage system as subsidy for nursing diagnoses**. 2015. 68 f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Cross-sectional study conducted in a large teaching hospital in the South of Brazil with the overall objective of analyze associations between the discriminators of the Manchester Triage System flowcharts (MTS) and the Nursing Diagnoses (ND) according to the taxonomy of NANDA-I in adult patients of an emergency room with clinical priority I (immediate) and II (very urgent). The specific objectives were to identify the main complaints, flowcharts and discriminators of the MTS and the most frequent ND. The sample was composed of 219 patients, being 66 with clinical priority I and 153 with clinical priority II. Data were collected in online patients' records. A statistical analysis was performed by the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 21.0, with the use of chi-square or Fisher's exact test and Poisson regression model to estimate the prevalence ratio (PR). The study was approved by the Ethics and Research Committee under the number 140145. The results showed that the main complaints reported by the patients were dyspnea and chest pain. It was identified the use of 14 different flowcharts of the MTS, being the most frequent Dyspnea in adults, Illness in adults and Chest pain, followed by 16 different discriminators, being the most prevalent Precordial chest pain, very low Oxygen saturation (O₂ Sat), Inadequate breathing, Abnormal pulse and Acute neurological deficit. Among the 14 different ND which were identified, the most prevalent ones were Ineffective breathing pattern and Acute pain. Among the nine different ND of risk which were identified, the most prevalent were Risk for ineffective cerebral tissue perfusion, Risk for falls and Risk for unstable glycemia. There was statistically significant association between Precordial chest pain and Intense pain with ND of Acute Pain ($p < 0,001$). The discriminator Precordial chest pain has also showed significant association with Impaired comfort ($p = 0,008$). The discriminator very low O₂ Sat and Inadequate breathing associated significantly with Ineffective breathing pattern ($p < 0,001$). Abnormal pulse showed significant association with Decreased cardiac deficit ($p = 0,030$) as well as Acute neurological deficit ($p < 0,001$) and Sudden change of consciousness ($p = 0,024$) with Unilateral neglect. Among risk diagnoses, the discriminator Acute neurological deficit ($p < 0,001$) and Seizuring ($p = 0,009$) were significantly associated with Risk for ineffective cerebral tissue perfusion as well as Hypoglycemia was significantly associated with Risk for unstable glycemia ($p < 0,001$). The discriminator Seizuring was also associated with Risk for falls ($p = 0,037$). It is concluded that statistically significant associations between the discriminators of the MTS and the established ND are based on an appropriate patient data collection even though they are steps performed in different moments and with different goals in emergency rooms. This allows an accurate clinical evaluation and that subsidizes the nurses for quick selection of care to be provided in the search for better results, besides optimizing time and organizing the work in the unit, promoting patients' safety.

Keywords: Critical care nursing. Triage. Nursing processes. Nursing diagnosis.

RESUMEN

FRANCO, Betina. **Análisis del sistema triaje de Manchester como subsidio para el diagnóstico de enfermería.** 2015. 68 f. Tesina (Maestría em Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Estudio transversal realizado en un hospital universitario de gran porte del sur de Brasil con el objetivo general de analizar asociaciones entre los discernidores de los diagramas de flujo del Sistema Triage de Manchester (STM) y los Diagnósticos de Enfermería (DE) según la taxonomía de NANDA-I en pacientes adultos de una emergencia clínica con prioridad clínica I (emergencia) y II (muy urgente). Los objetivos específicos fueron identificar las principales quejas, diagramas de flujo y discernidores del STM y los DE más frecuentes. La muestra fue constituida por 219 pacientes, siendo 66 con prioridad clínica I y 153 con prioridad clínica II. La colecta de datos fue realizada en el prontuario online de los pacientes. El análisis estadístico fue realizado por el *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versión 21.0, con el uso del Test Exacto de Fisher o chi-cuadrado y el modelo de regresión de Poisson para estimar la razón de la prevalencia (RP). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y Pesquisa con el número 140145. Los resultados demostraron como principales quejas de los pacientes, la disnea y el dolor. Fue identificado el uso de 14 diagramas de flujo diferentes del STM, siendo los más frecuente Disnea en adultos, Malestar en adultos y Dolor torácica, seguidos por 16 diferentes discernidores, siendo los más prevalentes el Dolor precordial o cardíaco, la Saturación de oxígeno (SAT O₂) muy baja, la Respiración inadecuada, el Pulso anormal y el Déficit neurológico agudo. Entre los 14 diferentes DEs reales identificados, los más prevalentes fueron el Patrón respiratorio ineficaz y el Dolor agudo. Entre los nueve diferentes DEs de riesgo identificados, los más prevalentes fueron el Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz, el Riesgo de caídas y el de Glicemia inestable. Hubo una asociación estadísticamente significativa entre los discernidores Dolor precordial o cardíaca y Dolor intenso, con DE Dolor agudo ($p < 0,001$). El discernidor Dolor precordial o cardíaco también presentó asociación significativa con DE Confort perjudicado ($p = 0,008$). Los discernidores SAT O₂ muy baja y Respiración inadecuada se asociaron significativamente con el DE Patrón respiratorio ineficaz ($p < 0,001$). El Pulso anormal presentó asociación significativa con el DE Débito cardíaco disminuído ($p = 0,030$), así como el Déficit neurológico agudo ($p < 0,001$) y la Alteración súbita de conciencia ($p = 0,024$) con el DE Negligencia unilateral. Entre los diagnósticos de riesgo, los discernidores Déficit neurológico agudo ($p < 0,001$) y Convulsionando ($p = 0,009$), se asociaron significativamente al DE Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz, así como Hipoglicemia se asoció significativamente al DE Riesgo de glicemia inestable ($p < 0,001$). El discernidor Convulsionando aún se asoció al DE Riesgo de caídas ($p = 0,037$). Se concluye que las asociaciones estadísticamente significativas encontradas entre los discernidores del STM y los DE establecidos están basadas en una adecuada colecta de datos del paciente a pesar de ser etapas ejecutadas en momentos y con objetivos diferentes en la emergencia. Esto es lo que permite un juicio crítico acurado y que subsidia a los enfermeros para la selección rápida del cuidado que será proporcionado en la búsqueda de mejores resultados, además de optimizar el tiempo y organizar el trabajo en la unidad, favoreciendo la seguridad del paciente.

Palabras clave: Enfermería en emergencia. Triage. Procesos de enfermería. Diagnóstico de enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Régua da dor utilizada pelo STM em pacientes adultos	23
Figura 2 – Fluxograma do STM: Dispneia em adulto	24
Figura 3 – Registro da localização da dor nos pacientes com prioridade clínica I e II atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015.....	40
Figura 4 – Principais Fluxogramas do STM utilizados nos 66 pacientes com prioridade clínica I, atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015.....	41
Figura 5 – Principais Fluxogramas do STM utilizados nos 153 pacientes com prioridade clínica II, atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015.	41
Figura 6 – Principais Queixas, Fluxogramas, Discriminadores e Diagnósticos de Enfermagem em pacientes com prioridade clínica I e II, atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com prioridade clínica I e II atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015.	38
Tabela 2 – Queixas apresentadas na Classificação de Risco em pacientes com prioridade clínica I e II atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015.	39
Tabela 3 – Principais Fluxogramas do STM utilizados no atendimento de pacientes com prioridade clínica I e II no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015.	40
Tabela 4 – Discriminadores do STM utilizados no atendimento de pacientes com prioridade clínica I e II no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015.	42
Tabela 5 – Diagnósticos de Enfermagem reais estabelecidos para pacientes com prioridade clínica I e II no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015.	43
Tabela 6 – Diagnósticos de Enfermagem de risco estabelecidos para pacientes com prioridade clínica I e II no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015.	43
Tabela 7 – Frequência dos discriminadores em relação aos Diagnósticos de Enfermagem estabelecidos para pacientes com prioridade clínica I e II no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015.	44
Tabela 8 – Associações entre oito discriminadores dos fluxogramas do STM mais frequentes e cinco Diagnósticos de Enfermagem Reais mais frequentes em pacientes com prioridade clínica I e II atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015.	46
Tabela 9 – Associações entre cinco discriminadores dos fluxogramas do STM mais frequentes e quatro Diagnósticos de Enfermagem de Risco mais frequentes em pacientes com prioridade clínica I e II atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015.	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escala de Classificação de Risco do STM.	20
Quadro 2 – Fluxogramas de apresentação do STM	22
Quadro 3 – Domínios e Classes: Taxonomia II NANDA-I, 2013.	28

LISTA DE SIGLAS

AACR	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
AGHWeb	Aplicativo para Gestão Hospitalar em ambiente Web
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DM	Diabete <i>Mellitus</i>
ECG	Eletrocardiograma
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IC	Intervalo de Confiança
NANDA-I	NANDA International
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PE	Processo de Enfermagem
PNH	Política Nacional de Humanização
RP	Razão de Prevalência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Sat O2	Saturação de Oxigênio
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SE	Serviço de Emergência
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUS	Sistema Único de Saúde
TISS	<i>Therapeutic Intervention Scoring System</i>
UAA	Unidade Álvaro Alvim
UCC	Unidade de Cuidados Cardíacos
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UI	Unidade de Internação
UOL	Unidade de Observação Laranja
UOV	Unidade de Observação Verde
UV	Unidade Vascular

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	Objetivos Específicos	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	O Sistema de Triagem de Manchester	20
3.1.1	<i>Metodologia de Classificação do STM</i>	21
3.2	O Processo de Enfermagem e a etapa do Diagnóstico de Enfermagem segundo a Taxonomia da NANDA-I.....	25
3.2.1	<i>Estrutura e Classificação da NANDA-I</i>	28
4	MÉTODOS	31
4.1	Tipo de Estudo.....	32
4.2	Campo do Estudo.....	32
4.3	População e amostra	34
4.4	Coleta de dados.....	34
4.5	Análise dos dados	35
4.6	Aspectos éticos	36
5	RESULTADOS	37
5.1	Caracterização dos Pacientes Atendidos no Serviço de Emergência do HCPA.....	37
5.2	Principais Queixas apresentadas pelos Pacientes no AACR	39
5.3	Principais Fluxogramas e Discriminadores utilizados em Pacientes com Prioridade Clínica I e II no Serviço de Emergência do HCPA	40
5.4	Descrição dos principais Diagnósticos de Enfermagem no Serviço de Emergência do HCPA	42
5.5	Associação entre os Discriminadores dos Fluxogramas do STM e os Diagnósticos de Enfermagem.....	44
6	DISCUSSÃO	49
7	CONCLUSÃO	56
7.1	Implicações para as práticas de ensino, pesquisa e assistência de enfermagem.....	57
	REFERÊNCIAS	59
	APÊNDICE – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	66

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HCPA.....	67
ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO COM A UTILIZAÇÃO DE DADOS	68

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência hospitalares no Brasil são um dos componentes da rede de atenção às urgências (BRASIL, 2011) e representam uma das principais portas de entrada dos pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS), o que tem gerado alguns desafios a serem superados, como a superlotação, a fragmentação no processo de trabalho, a exclusão dos usuários na porta de entrada e a pouca articulação com a rede de serviços (BRASIL, 2009). Nesse contexto, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de desenvolver ações de humanização na área da saúde por meio de diversos dispositivos, entre eles o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) (BRASIL, 2004).

O AACR pode ser compreendido como um dispositivo que reorganiza o fluxo de atendimento do usuário, considerando a gravidade da queixa e não mais a ordem de chegada. Tem como objetivos a avaliação do usuário quanto a sua gravidade, bem como a redução do tempo de espera para atendimento médico adequado (BRASIL, 2004). Para que o AACR seja implantado, um dos protocolos utilizados é o Sistema de Triagem de Manchester (STM).

O STM surgiu em Manchester em 1994 e tem sido utilizado de forma ampla e segura em serviços de urgência e emergência como um sistema válido e confiável. Está estruturado em fluxogramas que representam a queixa principal do paciente. Estes são compostos por discriminadores, que contêm os sinais e sintomas dos pacientes, com a discriminação das prioridades clínicas. Cada prioridade possui uma gravidade, uma cor e um prazo máximo para o atendimento (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2010). Para que seja atribuída uma prioridade clínica, o enfermeiro identifica junto ao paciente ou familiar o motivo que o trouxe ao atendimento. Para isso, é preciso realizar uma avaliação do estado de saúde do paciente através de uma coleta de dados rápida e focada da história clínica, aliada à observação do modo como o mesmo se apresenta na sala, suas condições físicas e emocionais, presença de restrições motoras, sinais de dor, entre outros (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012). Uma vez identificada a queixa principal, o exame físico pode ser realizado, de modo a fornecer mais subsídios para a determinação do fluxograma e dos discriminadores do STM.

Similarmente à avaliação inicial do paciente pelo STM, o Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico que orienta o enfermeiro quanto ao julgamento clínico e à tomada de decisão, apresenta entre suas cinco etapas a coleta de dados, que inclui a anamnese e o exame físico do paciente, com vistas ao Diagnóstico de Enfermagem (DE). A etapa de

coleta de dados consiste na avaliação inicial do paciente, na qual o enfermeiro busca identificar os sinais, sintomas, fatores de risco e fatores relacionados, que sustentarão os DEs.

O DE é o julgamento clínico do enfermeiro frente às respostas/experiências do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais, e constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem a fim de alcançar os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (ALMEIDA, LUCENA, 2011; LUCENA, ALMEIDA, 2011; NANDA-I, 2013). Para tanto, o enfermeiro diagnosticador precisa ter habilidades e capacidades cognitivas, técnicas e interpessoais para desenvolver o pensamento crítico e o julgamento clínico sobre os casos avaliados (LUNNEY et al., 2011; CROSSETTI et al., 2009).

Com base nessas premissas, pensa-se que, ao realizar a classificação de risco nos serviços de emergência com base no STM, ainda que de maneira rápida e sucinta devido à característica desse tipo de atendimento, o enfermeiro está utilizando também as etapas do PE, pois precisa pensar criticamente e fazer um julgamento clínico de cada situação, tendo por base a coleta de dados que envolvem a identificação de sinais, sintomas e fatores de risco apresentados pelo paciente que procura atendimento. Desse modo, o STM subsidia a primeira e a segunda etapa do PE, garantindo a agilidade e a integralidade do atendimento em urgência e emergência, visto que, ao selecionar a prioridade clínica dos pacientes para o atendimento, está baseado em fluxogramas que são compostos por sinais e sintomas, identificados após a coleta de dados. Nesse sentido, ao aliar seu conhecimento científico e julgamento clínico, o enfermeiro poderá direcionar o estabelecimento do DE desde o acolhimento, com a classificação de risco, e assim subsidiar o desenvolvimento das intervenções de enfermagem adequadas para obter os melhores resultados possíveis (SOUZA et al., 2013).

De maneira semelhante a essas ideias, uma pesquisa realizada em um pronto-socorro de Belo Horizonte (Minas Gerais) teve como objetivo identificar os possíveis DEs em pacientes classificados nas prioridades clínicas I e II do STM, em uma amostra de 40 prontuários de pacientes, sendo 20 para cada prioridade clínica. Os prontuários foram avaliados por especialistas nas áreas de urgência e emergência e com experiência no uso da NANDA International (NANDA-I). Os DEs identificados a partir dos sinais e sintomas registrados no momento da classificação de risco para a prioridade clínica I foram os seguintes: Dor aguda, Padrão respiratório ineficaz, Troca de gases prejudicada e Náusea. Para a prioridade clínica II os DEs foram os seguintes: Dor aguda, Náusea e Risco de desequilíbrio eletrolítico. Apesar de o estudo ter sido realizado em um local onde os enfermeiros não estabelecem DEs de maneira sistematizada, os autores concluíram que o STM pode favorecer

a identificação de características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados, subsidiando o estabelecimento dos DEs (SOUZA et al., 2013). Todavia, os DEs elencados pelo estudo não foram descritos em ambiente real de cuidado, ou seja, não foram estabelecidos pelos enfermeiros da unidade de emergência, mas sim por especialistas durante a revisão dos prontuários, considerando os sinais e sintomas descritos. Assim, surge a inquietação sobre como isso se daria em um local onde se utiliza tanto o STM como o processo de enfermagem com a etapa do DE na prática clínica.

No estudo mencionado anteriormente, os pesquisadores observaram que as principais queixas dos pacientes atendidos no pronto-socorro a partir do STM incluíram a dor nos diferentes níveis de prioridade clínica, sendo os tipos mais prevalentes: cefaleia (17,4%), dor abdominal (16%) e dor torácica (10,5%) (SOUZA et al., 2012). Esses sinais e sintomas forneceram base para o DE Dor Aguda, o mais frequentemente identificado pelos especialistas que analisaram os dados e que consideraram que o STM pode auxiliar o enfermeiro no processo de raciocínio diagnóstico.

Embora o STM tenha sido objeto de investigação desses estudos (SOUZA et al., 2012; SOUZA et al., 2013), ainda são poucos os publicados na realidade brasileira, o que demonstra a necessidade de maior exploração do assunto na prática de enfermagem. Além disso, há uma crescente utilização do STM nas instituições brasileiras, e normalmente o enfermeiro é o profissional responsável pela sua aplicação. Assim, buscando-se aprofundar o conhecimento sobre o STM e pensando-se que ele pode subsidiar as etapas do PE, em especial a de diagnóstico de enfermagem, conforme já apontado, formulou-se a seguinte questão de estudo: existem associações entre os discriminadores dos fluxogramas do STM e os diagnósticos de enfermagem? A resposta a essa questão pode fornecer subsídios à implementação do PE em serviços de urgência e emergência e colaborar na acurácia diagnóstica.

A motivação para esta investigação, além das já apresentadas, está no fato de ter sido enfermeira do Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), ter experiência no uso do STM e do PE na unidade e ser membro integrante da Comissão do Processo de Enfermagem, grupo que estuda e que implementa o PE na instituição. Somado a isso, percebe-se que as informações coletadas no momento da aplicação do STM podem constituir importante elemento de subsídio para o processo de raciocínio diagnóstico do enfermeiro. Acredita-se também que os achados desta investigação poderão contribuir para o conhecimento da enfermagem no cenário de Urgência e Emergência e no desenvolvimento das atividades do enfermeiro, com elementos para a tomada de decisões desde o acolhimento

até o estabelecimento dos DEs, intervenção e avaliação dos resultados de enfermagem. Isso pode favorecer a segurança, a continuidade e a qualidade do cuidado prestado ao paciente.

2 OBJETIVOS

Para a realização desta pesquisa, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

2.1 Objetivo Geral

Analisar associações entre os discriminadores dos fluxogramas do STM e os DEs segundo a taxonomia da NANDA-I em pacientes adultos de uma emergência clínica com prioridade clínica I (emergência) e II (muito urgente).

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as principais queixas apresentadas pelos pacientes no AACR.
- Identificar os fluxogramas e os discriminadores do STM mais utilizados por prioridade clínica.
- Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes por prioridade clínica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O Sistema de Triagem de Manchester

O Grupo de classificação de risco de Manchester, composto por médicos e enfermeiros, foi criado em novembro de 1994. Seu objetivo era estabelecer um consenso de triagem/classificação de risco, para assegurar a atenção médica frente à superlotação dos serviços, isto é, quando a necessidade de atendimento clínico excede a oferta. Após análise de diferentes nomenclaturas e definições existentes, o grupo definiu um modelo de classificação em cinco categorias (Quadro 1), as quais são representadas por um número, uma definição, uma cor e um tempo-alvo máximo aceitável para o primeiro atendimento médico. Esse modelo deu origem ao Sistema de Triagem de Manchester, ou Sistema Manchester de Classificação de Risco, ou ainda Protocolo de Manchester (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2010).

Quadro 1 – Escala de Classificação de Risco do STM

Nível de prioridade	Gravidade	Cor	Tempo-resposta máximo (min)
1	Emergência	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240

Fonte: Adaptado do Manchester Triage Group, 2010, p. 26.

A escala de classificação de risco do STM determina que o nível de prioridade clínica I corresponde à gravidade “emergência”, representada pela cor vermelha e com atendimento imediato. O nível de prioridade clínica II corresponde à gravidade “muito urgente”, representada pela cor laranja e com atendimento em até 10 minutos. O nível de prioridade clínica III corresponde à gravidade “urgente”, representada pela cor amarela e com atendimento em até 60 minutos. O nível de prioridade clínica IV corresponde à gravidade “pouco urgente”, representada pela cor verde e com atendimento em até 120 minutos. Por último, o nível de prioridade clínica V corresponde à gravidade “não urgente”, representada pela cor azul e com atendimento em até 240 minutos (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2010).

O STM foi utilizado pela primeira vez em 1997, em Manchester, Inglaterra. Em 2000, tendo em vista a segurança e utilidade desse protocolo, foi criado o Grupo Português de Triage, com edição traduzida para o português de Portugal. Destaca-se ainda que Portugal implementou a “cor branca” na escala de classificação de risco do STM, considerando a demanda de pacientes fora das categorias existentes, ou seja, aqueles que buscavam os serviços de urgência e emergência para atendimentos eletivos, retornos ou para realização de exames (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2010).

Na Alemanha, o STM foi implantado pelo grupo de Referência Alemão, porém, em sua versão, o tempo alvo para atendimento médico foi modificado nas prioridades clínicas III, IV e V, respectivamente para 30, 60 e 120 minutos (COUTINHO, CECÍLIO, MOTA, 2012). Recentemente, estudo demonstrou que a versão alemã do STM, mesmo com alterações significativas no tempo-alvo, é um sistema válido e confiável para determinação da prioridade clínica entre os pacientes (GRÄFF et al., 2014).

No Brasil, o STM foi utilizado pela primeira vez em 2008 no estado de Minas Gerais como política pública, por estar centrado na queixa apresentada pelo paciente e não por um diagnóstico médico (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). Cabe destacar que o STM utilizado é a versão portuguesa do Grupo Português de Classificação de Risco, que não foi traduzido e validado até o momento para língua portuguesa do Brasil. Em 2011, o STM foi implantado no Serviço de Emergência do HCPA e tem sido utilizado pelos enfermeiros no AACR, assegurando os atendimentos com base em critérios de gravidade clínica, e não por ordem de chegada.

3.1.1 Metodologia de Classificação do STM

O STM utiliza como metodologia de trabalho a tomada de decisões e foi proposto para a identificação de uma prioridade clínica. Para o estabelecimento de uma prioridade, deve-se buscar a queixa principal que motivou a procura pelo serviço, a partir de uma coleta de dados, e, assim, definir o fluxograma de apresentação. Estudos demonstram que o enfermeiro é o profissional indicado para realizar a classificação de risco, por possuir conhecimento científico, competência técnica e habilidades (FITZGERALD et al., 2010; MONTEJANO, VISSER, 2010; FORSGREN, FORSMAN, CARLSTRÖM, 2009). No Brasil, a classificação de risco e a priorização da assistência em serviços de urgência e emergência são consideradas uma atividade privativa do enfermeiro (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

O STM atualmente utiliza uma lista com 52 fluxogramas de apresentação, que abrange quase todas as condições clínicas apresentadas em serviços de urgência e emergência. Sete desses fluxogramas são específicos para crianças e dois para situações de múltiplas vítimas (Quadro 2).

Quadro 2 – Fluxogramas de apresentação do STM

Sinal/sintoma de apresentação	Sinal/sintoma de apresentação
1. Agressão	26. Embriaguez aparente
2. Alergia	27. Erupção cutânea
3. Alteração do comportamento	28. Exposição a agentes químicos
4. Asma, história de	29. Feridas
5. Autoagressão	30. Gravidez
6. Bebê chorando	31. Hemorragia digestiva
7. Cefaléia	32. Infecções locais e abscessos
8. Convulsões	33. Mal estar em adulto
9. Corpo estranho	34. Mal estar em criança
10. Criança irritada	35. Mordeduras e picadas
11. Criança mancando	36. Overdose e envenenamento
12. Desmaio no adulto	37. Pais preocupados
13. Diabetes, história de	38. Palpitações
14. Diarreia e/ou vômitos	39. Problemas dentários
15. Dispneia em adulto	40. Problemas em extremidades
16. Dispneia em criança	41. Problemas em face
17. Doença mental	42. Problemas em olhos
18. Doença sexualmente transmissível	43. Problemas em ouvidos
19. Dor abdominal em adulto	44. Problemas urinários
20. Dor abdominal em criança	45. Quedas
21. Dor cervical	46. Queimaduras
22. Dor de garganta	47. Sangramento vaginal
23. Dor lombar	48. Trauma cranioencefálico
24. Dor testicular	49. Trauma maior
25. Dor torácica	50. Trauma toracoabdominal
Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Primária	
Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Secundária	

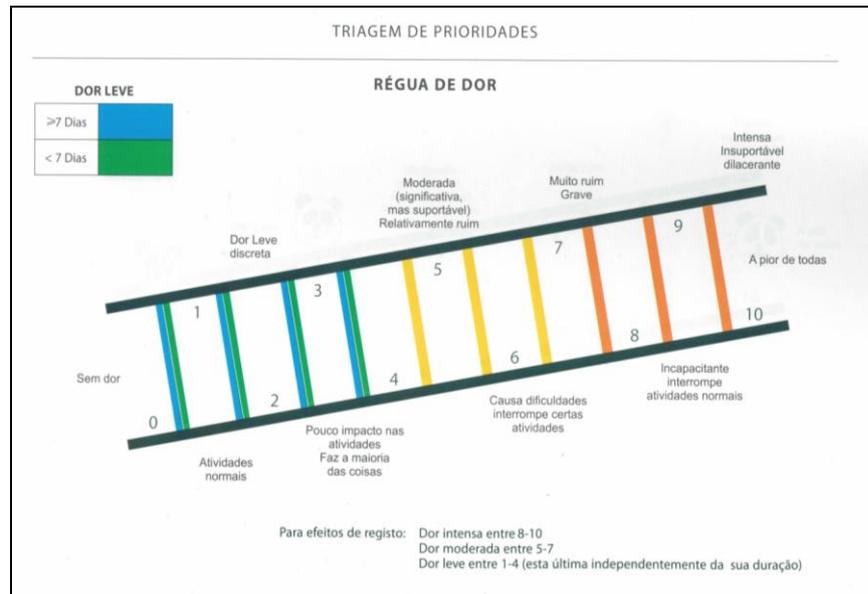
Fonte: Adaptado do Manchester Triage Group, 2010, p. 119.

Os fluxogramas são compostos por discriminadores que representam os sinais e sintomas, ou seja, as características que diferenciam os pacientes entre si, para que possam ser alocados entre as cinco prioridades clínicas.

Os discriminadores são classificados como gerais e específicos. Os gerais podem ser aplicados a todos os pacientes, independentemente da queixa de apresentação, e são encontrados em diferentes fluxogramas de forma repetida. Entre os discriminadores gerais, encontramos risco de vida, dor, hemorragia, grau de estado de consciência, temperatura e agravamento do estado de saúde. Em relação à queixa de dor, cabe ressaltar que é um fator

determinante na prioridade clínica dos pacientes e, por se tratar de uma queixa subjetiva, o STM utiliza a “régua da dor” (FIGURA 1).

Figura 1 – Régua da dor utilizada pelo STM em pacientes adultos

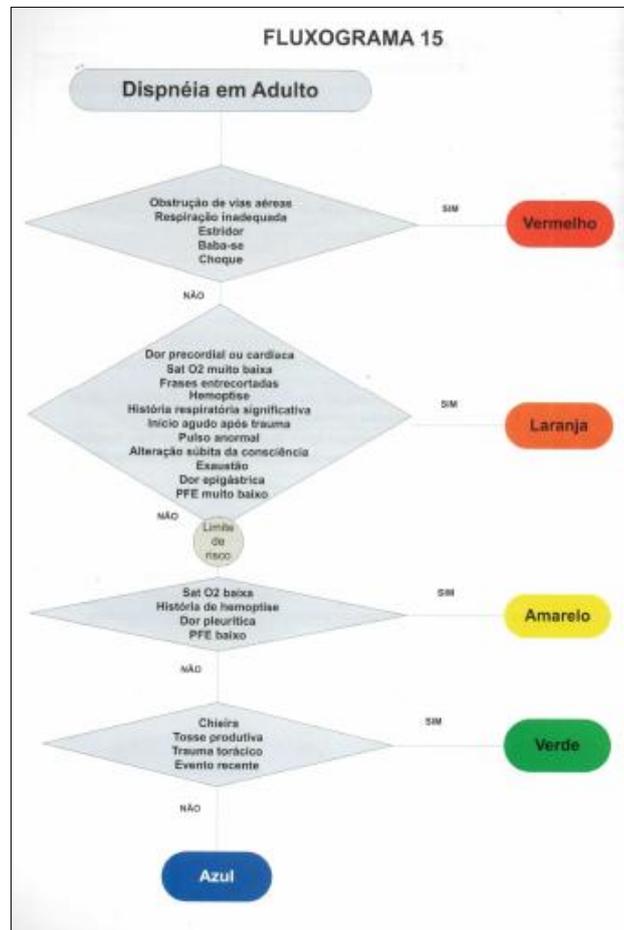


Fonte: Manchester Triage Group, 2010, p. 239.

Os discriminadores específicos são aplicados em situações individuais ou em pequenos grupos e tendem a relacionar-se com sinais e sintomas específicos, como o discriminador dor precordial ou cardíaca e o discriminador dor pleurítica.

Frente a isso, o processo classificatório consiste em selecionar um fluxograma de apresentação a partir da queixa principal do paciente, seguido por um discriminador, identificado pelo enfermeiro após sucessivas perguntas ao paciente, até que obtenha uma resposta positiva. Quando selecionado o discriminador, é definido o nível de prioridade, a cor e o tempo-alvo para atendimento. Para melhor compreensão dos fluxogramas, discriminadores e níveis de prioridade clínica, apresenta-se o Fluxograma Dispneia em adulto (FIGURA 2).

Figura 2 – Fluxograma do STM: Dispnéia em adulto



Fonte: Manchester Triage Group, 2010, p. 148.

Sendo assim, corrobora-se que a classificação de risco pelo STM está baseada na coleta de dados do paciente, o que demanda do enfermeiro uma escuta qualificada, conhecimento técnico-científico e habilidades para realizar um julgamento clínico da situação, com raciocínio lógico para a rápida determinação da prioridade clínica e atendimento adequado (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Para facilitar a compreensão e a adequada aplicação do STM, há um dicionário com definições dos discriminadores ao final da apresentação do protocolo STM. Essa ferramenta auxilia o enfermeiro na tomada de decisão para o fluxograma e discriminador mais acurado (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2010).

O STM ainda prevê que o paciente possa piorar durante a espera pela avaliação médica, o que demandaria uma nova avaliação e reclassificação de prioridade clínica. Prevê ainda que a espera do paciente pelo atendimento alcance tempo limite, o que também demandaria uma nova reavaliação. Nesse sentido, o processo de classificação de risco deixa de ser uma avaliação aleatória, subjetiva ou por ordem de chegada e passa a ser fixado com base em critérios preestabelecidos (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Estudos demonstram que o STM como protocolo classificador é válido e confiável para a classificação de risco de pacientes e pode ser utilizado com segurança em serviços de urgência e emergência (AZEREDO et al., 2015; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012; PROVIDÊNCIA et al., 2011; MATIAS et al., 2008). Confirma essa característica um estudo realizado em Portugal com o objetivo de avaliar a sensibilidade do STM em atribuir prioridades clínicas altas a pacientes com síndrome coronariana aguda e a sensibilidade e especificidade das combinações entre fluxogramas e discriminadores mais frequentes no departamento de emergência. Esse estudo verificou que o STM possui uma alta sensibilidade para atribuir prioridades clínicas “emergência” e “muito urgente” entre os pacientes, assim como os fluxogramas e discriminadores sugestivos de síndrome coronariana aguda apresentam uma especificidade muito elevada e uma sensibilidade moderada (PINTO, LUNET, AZEVEDO, 2010). Outros estudos demonstram que o STM é um bom preditor dos desfechos para a necessidade de admissão hospitalar, evolução dos pacientes durante a permanência no serviço e mortalidade (MARTINS, CUÑA, FREITAS, 2009; PINTO JUNIOR, SALGADO, CHIANCA, 2012).

3.2 O Processo de Enfermagem e a etapa do Diagnóstico de Enfermagem segundo a Taxonomia da NANDA-I

O PE pode ser entendido como uma tecnologia do cuidado que orienta o raciocínio lógico e melhora a qualidade do cuidado por meio da avaliação clínica, dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem (DAL SASSO *et al.*, 2013). É organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, nomeadas como coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de intervenções e avaliação de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009; ALMEIDA, LUCENA, 2011; LUCENA, ALMEIDA, 2011). A coleta de dados refere-se à anamnese e ao exame físico do paciente, os quais são as evidências e os fatores de risco para o levantamento de diagnósticos de

enfermagem. Nos serviços de urgência e emergência, essa etapa deve ser focada na queixa principal do paciente, permitindo a rápida identificação de sua necessidade prioritária. A partir disso, o enfermeiro pode estabelecer um DE, selecionar as metas e os resultados a serem alcançados por meio do planejamento de enfermagem. Na etapa de implementação, as intervenções de enfermagem são executadas no paciente e, posteriormente, na etapa de avaliação, é avaliado se as intervenções realizadas possibilitaram o alcance dos resultados esperados (SEVERO et al., 2014; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). A crescente utilização e a documentação do PE nas diferentes áreas de enfermagem têm favorecido o avanço do conhecimento e a modernização da prática, determinando o surgimento de sistemas de classificação com linguagens padronizadas, aplicáveis às etapas do PE. O uso de sistemas de classificação trouxe contribuições significativas à prática de enfermagem, como o desenvolvimento de sistemas eletrônicos de informação que auxiliam na comunicação entre a equipe de enfermagem e outros profissionais, e melhorias nos registros de enfermagem com possibilidade de avaliar os resultados e escolher as melhores intervenções, o que se reflete na melhoria do cuidado prestado (MATA et al., 2012). Entre as linguagens padronizadas e mais conhecidas no contexto brasileiro está a classificação de diagnósticos da NANDA International, Inc.

A NANDA-I é a taxonomia de diagnósticos de enfermagem mais antiga e estabelecida em todo o mundo, elaborada para promover o raciocínio clínico e a precisão de diagnósticos de enfermagem, fornecendo suporte às decisões dos enfermeiros (HERDMAN, 2013). De acordo com a NANDA-I, o DE é definido da seguinte forma:

um julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais, constituindo a base para a seleção das intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA-I, 2013, p. 588)

Portanto, o DE organiza termos e expressões que representam conceitos sobre respostas humanas ou problemas de um indivíduo (CARVALHO, CRUZ, HERDMAN, 2013). Esse julgamento clínico envolve o pensamento crítico e o raciocínio diagnóstico, elementos fundamentais para o estabelecimento de um DE acurado.

O pensamento crítico na enfermagem, segundo Herdman (2013, p. 46), é “um julgamento dotado de objetivo, autorregulador, associado, de alguma forma, à tomada de decisão clínica, ao raciocínio diagnóstico, ao processo de enfermagem, ao julgamento clínico e à resolução de problemas”, ou ainda, segundo Crossetti et al. (2011, p. 21), é “um conjunto

de atitudes, conhecimentos e habilidades; um processo intelectual que pressupõe estratégias cognitivas, que considera a lógica para a exata identificação das evidências”. Caracteriza-se pela utilização de habilidades cognitivas e hábitos mentais. As habilidades cognitivas compreendem análise, aplicação de padrões, discernimento, busca de informações, raciocínio lógico, predição e transformação de conhecimento. As mentais compreendem confiança, perspectiva contextual, criatividade, flexibilidade, curiosidade, integridade intelectual, intuição, compreensão, perseverança e reflexão. Assim, o raciocínio diagnóstico pode ser entendido como um sinônimo de julgamento clínico, raciocínio lógico, raciocínio crítico ou raciocínio clínico. Os elementos que o caracterizam e possibilitam ao enfermeiro avaliar, diagnosticar e intervir são a lógica, a argumentação e as inferências indutivas e dedutivas (CROSSETTI et al., 2011; SCHEFFER, RUBENFELD, 2000; LUNNEY et al., 2011).

Nessa perspectiva, um estudo analisou os elementos estruturais do pensamento crítico no processo de tomada de decisão clínica entre enfermeiros atuantes em emergências. Os resultados demonstraram que os fundamentos teóricos e práticos para a tomada de decisão clínica (conhecimento técnico-científico e experiência clínica), processo de pensamento e tomada de decisão clínica (raciocínio clínico) e bases para o julgamento clínico do enfermeiro (avaliação do paciente e ética) foram os elementos estruturais prioritários do pensamento crítico. Assim, para os autores, pensar criticamente é uma habilidade necessária para implementar o cuidado seguro (CROSSETTI et al., 2014). Por outro lado, estudo realizado com o objetivo de verificar a acurácia dos DEs prevalentes entre os pacientes de um serviço de emergência brasileiro, a partir dos dados registrados pelos enfermeiros no prontuário, demonstrou que 24% das avaliações foram classificadas com alto grau de acurácia e 76% com baixo grau de acurácia. Os autores concluíram que a baixa acurácia demonstra a necessidade de desenvolvimento de habilidades para aplicar acuradamente o processo diagnóstico entre os enfermeiros (MARINI, CHAVES, 2011).

Na realidade brasileira, em muitas instituições o PE nos serviços de urgência e emergência ainda está em fase de implementação, ou ainda não é utilizado de forma sistemática em todas as suas etapas. É possível inferir que isso ocorra pelas diversas dificuldades enfrentadas nesses serviços, como a intensa variabilidade e o dinamismo de atividades, alta rotatividade de pacientes, superlotação, déficit de pessoas e dificuldade para o registro completo das ações, conforme evidenciado na prática assistencial e em estudos brasileiros (BRASIL, 2006; MARIA, QUADROS, GRASSI, 2012; FELIX, RODRIGUES, OLIVIERA, 2009). Por outro lado, o PE está consolidado no HCPA e integra o prontuário do paciente desde a década de 1970. O modelo informatizado foi introduzido em 2000, o que

vem qualificando a assistência e valorizando as atividades dos enfermeiros (PRUINELLI et al., 2011). No SE do HCPA, mesmo frente às diversas dificuldades, o PE é realizado diariamente em todas as suas etapas. Em virtude de suas características, os registros foram sistematizados para facilitar o planejamento e a organização das ações de enfermagem. Dessa maneira, os enfermeiros utilizam alguns instrumentos próprios e estruturados para uma avaliação rápida. Entre eles destaca-se o *check list* para a avaliação inicial do paciente, que contempla os dados necessários para auxiliar na anamnese e no exame físico do paciente, subsidiando a determinação do DE prioritário.

3.2.1 Estrutura e Classificação da NANDA-I

A edição 2012-2014 da NANDA-I está estruturada em 13 domínios, 47 classes e 217 diagnósticos de enfermagem, oriundos de diferentes cenários da prática de enfermagem mundial. Os domínios e suas respectivas classes são apresentados no Quadro 3. Cada classe contém um ou mais conceitos diagnósticos, e para cada conceito diagnóstico, a NANDA-I dispõe os diagnósticos aprovados (NANDA-I, 2013).

Em sua última edição, a NANDA-I mantém sua estrutura taxonômica, com a inclusão de 25 novos DEs, alguns deles desenvolvidos com a participação de enfermeiros brasileiros (HERDMAN, KAMITSURU, 2014).

Quadro 3 – Domínios e Classes: Taxonomia II NANDA-I, 2013

DOMÍNIOS	CLASSES
1. Promoção da saúde	1. Percepção da saúde 2. Controle da saúde
2. Nutrição	1. Ingestão 2. Digestão 3. Absorção 4. Metabolismo 5. Hidratação
3. Eliminação e troca	1. Função urinária 2. Função gastrointestinal 3. Função integumentar 4. Função respiratória
4. Atividade/repouso	1. Sono e repouso 2. Atividade/exercício 3. Equilíbrio de energia 4. Respostas cardiovasculares/pulmonares 5. Autocuidado
5. Percepção/cognição	1. Atenção 2. Orientação

	3. Sensação/percepção 4. Cognição 5. Comunicação
6. Auto percepção	1. Autoconceito 2. Autoestima 3. Imagem corporal
7. Papéis/relacionamentos	1. Papéis do cuidador 2. Relações familiares 3. Desempenho de papéis
8. Sexualidade	1. Identidade sexual 2. Função sexual 3. Reprodução
9. Enfrentamento/tolerância ao estresse	1. Respostas pós-trauma 2. Respostas de enfrentamento 3. Estresse neurocomportamental
10. Princípios de vida	1. Valores 2. Crenças 3. Coerência entre valores/crenças/atos
11. Segurança/proteção	1. Infecção 2. Lesão física 3. Violência 4. Riscos ambientais 5. Processos defensivos 6. Termorregulação
12. Conforto	1. Conforto físico 2. Conforto ambiental 3. Conforto social
13. Crescimento/desenvolvimento	1. Crescimento 2. Desenvolvimento

Fonte: Adaptado da NANDA-I, 2013, p. 93-94.

O DE é composto por um título e uma definição, acompanhado de características definidoras e fatores relacionados ou fatores de risco. O título descreve o nome do diagnóstico, enquanto a definição se refere ao seu significado e fornece descrição clara e precisa das respostas humanas identificadas (NANDA-I, 2013; HERDMAN, 2013).

As características definidoras são os sinais observáveis e relatados, ou seja, os sinais e sintomas que o enfermeiro obtém durante a avaliação de enfermagem ou após uma revisão do histórico familiar ou, ainda, após avaliações realizadas por outros profissionais (NANDA-I, 2013; HERDMAN, KAMITSURU, 2014).

Os fatores relacionados são os fatores etiológicos e causativos que aparecem para mostrar algum tipo de relação padronizada com o DE. Os fatores de risco descrevem os fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou comunidade em relação a um evento não saudável (NANDA-I, 2013; HERDMAN, KAMITSURU, 2014). Portanto, características

definidoras e fatores relacionados são componentes de DEs do tipo reais, promoção da saúde e síndrome, enquanto os fatores de risco são componentes de DEs do tipo risco.

A Taxonomia II da NANDA-I é uma estrutura multiaxial, composta de sete eixos que representam os componentes de um diagnóstico de enfermagem. Os eixos são utilizados para compor os enunciados diagnósticos nas diferentes situações clínicas e estão dispostos da seguinte maneira:

- **EIXO 1 – foco diagnóstico:** representa o componente principal e essencial à raiz do conceito diagnóstico, descrevendo as respostas humanas. Consiste em um ou mais substantivos, por exemplo, integridade da pele.
- **EIXO 2 – sujeito do diagnóstico:** refere-se ao indivíduo para quem é determinado o diagnóstico, ou seja, para o indivíduo, família, grupo ou comunidade.
- **EIXO 3 – julgamento:** refere-se a um descritor ou modificador que limita ou especifica o sentido do foco diagnóstico, por exemplo, prejudicado, ineficaz.
- **EIXO 4 – localização:** descreve as partes e/ou regiões do corpo e/ou as funções relacionadas a todos os tecidos, órgãos, locais ou estruturas anatômicas, por exemplo, auditivo, cardíaco, intestinal.
- **EIXO 5 – idade:** refere-se à idade da pessoa que é o sujeito do diagnóstico (Eixo 2), por exemplo, neonato, criança que começa a andar, adulto, idoso.
- **EIXO 6 – tempo:** refere-se à duração do conceito diagnóstico (Eixo 1), por exemplo, agudo (duração menor de 6 meses), crônico (duração maior que 6 meses), intermitente (interrompe ou começa novamente) e contínuo (sem interrupção).
- **EIXO 7 – situação do diagnóstico:** refere-se à realidade ou à potencialidade do diagnóstico ou a sua categorização. São classificados em real, de risco, síndrome e promoção da saúde.

O DE real descreve as respostas humanas a condições de saúde/processo vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade. Evidenciam as características definidoras (sinais e sintomas) que confirmam a presença do DE. É constituído por um título, fator relacionado e por características definidoras (NANDA-I, 2013).

O DE de promoção da saúde refere-se ao julgamento clínico da motivação e do desejo de um indivíduo, família, grupo ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme manifestado em sua disposição, para melhorar comportamentos específicos de saúde, que podem ser utilizados em qualquer condição de saúde. É constituído por um título e por características definidoras (NANDA-I, 2013).

O DE de risco é o julgamento clínico da vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade das respostas indesejáveis das respostas humanas ou processos de saúde. É constituído por um título e por fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade (HERDMAN, KAMITSURU, 2014; NANDA-I, 2013).

O DE de síndrome descreve o julgamento clínico a um grupo de dois ou mais diagnósticos de enfermagem que ocorrem simultaneamente e podem ser tratados em conjunto e por meio de intervenções similares. Um ou dois diagnósticos de enfermagem podem ser usados como características definidoras e também fatores de risco que acrescentam clareza à definição. É constituído por um título, pelo fator relacionado e por características definidoras (NANDA-I, 2013).

Frente aos diferentes tipos de DEs, estudos na realidade brasileira utilizando a taxonomia da NANDA-I em diferentes contextos hospitalares são abundantes (SALDANHA et al., 2014; LUZIA, VICTOR, LUCENA, 2014; FERREIRA, ECHER, LUCENA, 2014; DALLE, LUCENA, 2012). Porém, esses estudos ainda são incipientes na área de urgência e emergência.

Nesse contexto, destaca-se uma revisão sistemática que objetivou identificar os principais DEs em situações de urgência e emergência, utilizando como questão norteadora: “quais são os principais DEs em situações de urgência e emergência?”. Os resultados verificaram que os DEs mais frequentes foram os seguintes: Dor aguda, Integridade tissular prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Débito cardíaco diminuído, Troca de gases prejudicada, Capacidade adaptativa craniana diminuída, Padrão respiratório ineficaz, Ventilação espontânea prejudicada, Conforto prejudicado, Risco de aspiração, Risco de disfunção neurovascular periférica, Risco de infecção, Risco de sangramento, Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz, Risco de choque e Risco para Trauma. (SILVA et al., 2014). Outros estudos ainda abordam os principais DEs em pacientes vítimas de traumas (SALLUM, SANTOS, LIMA, 2012; CAVALCANTI, ILHA, BERTONCELLO, 2013; SALLUM, SOUSA, 2012), assim como em emergências cardiológicas (GOMES et al., 2014). Também são descritas as principais queixas e o perfil sociodemográfico dos pacientes (RIBEIRO et al., 2014; TOMBERG et al., 2013; SERBIM, GONÇALVES, PASKULIN, 2013; LIMA, CAMPOS, 2011). Todos esses estudos demonstram o crescente interesse e a preocupação em conhecer o perfil diagnóstico de pacientes que utilizam serviços de urgência e emergência, para melhorar as práticas de assistência e resultados de enfermagem. Todavia, nenhum deles abordou o STM como um dos elementos utilizados pela enfermagem, evidenciando mais uma vez essa lacuna do conhecimento na área de urgência e emergência.

4 MÉTODOS

A seguir, descreve-se o percurso metodológico desta pesquisa.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, que consiste em observações realizadas em um determinado momento, em um curto período de tempo, não havendo um seguimento, ou seja, o fator e o efeito são observados em um mesmo período (HULLEY et al., 2015).

4.2 Campo do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Emergência (SE) do HCPA, hospital reconhecido pela *Joint Commission International* em função de sua excelência em qualidade e segurança dos pacientes, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação. O SE atende a usuários com urgências clínicas, cirúrgicas, ginecológicas (até 20 semanas de gestação) e pediátricas, e utiliza o STM desde setembro de 2011. Atualmente, é referência no atendimento a pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquêmico e com doenças coronarianas agudas. Além disso, os enfermeiros utilizam o PE como método para a organização do cuidado, com atenção à filosofia da instituição e à legislação profissional (ALMEIDA, LUCENA, 2011; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

O SE tem capacidade para atender 49 pacientes adultos e nove pediátricos, e a taxa de ocupação em 2014 girou em torno de 153% (IG, 2014). A equipe de enfermagem é composta por 43 enfermeiros e 115 técnicos de enfermagem distribuídos nas seguintes áreas assistenciais:

- **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco:** área destinada aos pacientes adultos e pediátricos para acolhimento e realização da classificação de risco. Possui duas salas, a primeira para o acolhimento de pacientes adultos e a segunda para o acolhimento prioritário de crianças. Conta ainda com uma sala para a realização de eletrocardiograma (ECG).
- **Pediatria:** área destinada aos atendimentos pediátricos. Constituída da Sala de Procedimentos, para pacientes de curta permanência, e Sala de Observação Pediátrica,

para pacientes que necessitam de observação por mais de 24 horas e internação hospitalar.

- **Unidade de Observação Verde (UOV):** área destinada aos pacientes de curta permanência, classificados como de baixo risco e encaminhados do ambulatório do HCPA, que precisam ficar aguardando exames e avaliação para definição de conduta médica em até 24 horas.
- **Unidade de Observação Laranja (UOL):** área destinada aos pacientes que necessitam de cuidados de enfermagem mais complexos, que precisam ficar em observação por mais de 24 horas. A UOL possui um “Box de urgência” para atendimento das urgências aos pacientes classificados com prioridade clínica II, que não apresentam instabilidade clínica e que necessitam de intervenção de enfermagem imediata. Por exemplo, pacientes com dor abdominal intensa.
- **Unidade Vascular (UV):** área destinada aos pacientes classificados como graves, em fase aguda, e que necessitam de cuidados intensivos. Possui nove leitos devidamente equipados para atender urgências e emergências, além de um “Box de urgência” para o atendimento inicial das emergências aos pacientes classificados com prioridade clínica I e II que apresentam risco iminente à vida. Por exemplo, pacientes em parada cardiorrespiratória (PCR) ou convulsionando.
- **Unidade de Internação (UI):** área com 20 leitos destinados aos pacientes que ultrapassaram a fase aguda da doença na UV ou apresentaram piora clínica na UOL.

Os pacientes que chegam ao SE são recebidos pela equipe de enfermagem no AACR. Primeiramente, o técnico de enfermagem verifica os sinais vitais do paciente, incluindo a avaliação da dor como o 5º sinal vital, e o encaminha para a sala do enfermeiro, que inicia o processo de classificação de risco pelo STM. A partir do relato da queixa inicial do paciente, o enfermeiro seleciona um fluxograma específico do STM. Na sequência, para chegar a um discriminador positivo, é necessário aprofundar a investigação sobre a queixa do paciente, por meio da coleta de dados rápida e focada. Assim, é determinada a prioridade clínica do atendimento, e o paciente é encaminhado à área específica de atendimento ou de espera.

Os pacientes classificados na prioridade clínica I ou II são direcionados ao Box de Urgência da UV ou da UOL. Após o atendimento inicial e estabilização do quadro clínico, permanecem em observação e podem ser encaminhados para as áreas assistenciais do SE (UV, UI ou UOL) ou para outras unidades do hospital, conforme a necessidade.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída dos prontuários de pacientes adultos atendidos no SE do HCPA, classificados conforme o STM. O tamanho da amostra foi calculado com base no número total de 503 atendimentos realizados no período de janeiro a abril de 2013, respeitando as proporções das categorias de prioridades clínicas, sendo 0,6% de pacientes com prioridade clínica I e 3,9% de pacientes com a prioridade clínica II (IG, 2013). Assim, a amostra foi de 219 pacientes, sendo 66 pacientes com prioridade clínica I (emergência) e 153 pacientes com prioridade clínica II (muito urgente), assumindo-se uma margem de erro de 5% e um intervalo de confiança (IC) de 95%.

Foram incluídos no estudo os prontuários dos pacientes adultos classificados no AACR com prioridade clínica I (emergência) e II (muito urgente), atendidos no Box de Urgência da UV ou da UOL, com diagnósticos de enfermagem estabelecidos em prontuário *online* nas primeiras 24 horas.

Foram excluídos os prontuários de pacientes admitidos na emergência pela pesquisadora, que no período do estudo era enfermeira do serviço. Além disso, também foram excluídos os prontuários de pacientes aceitos para atendimento por meio de contato prévio com a equipe médica, ou seja, os pacientes referenciados pelos serviços de saúde, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e os encaminhados do ambulatório do HCPA, além dos prontuários de pacientes com mais de um atendimento durante o período da coleta.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, no prontuário *online* do paciente, por meio do Aplicativo para Gestão Hospitalar em ambiente Web (AGHWeb), utilizado na instituição, durante os meses de abril a agosto de 2014, de segunda a sexta-feira, no turno da tarde.

A coleta de dados iniciou pela seleção dos prontuários dos pacientes com os critérios de elegibilidade para o estudo, por meio de busca ativa diária no ícone “lista da emergência”, que contém todos os pacientes em atendimento no SE.

Uma vez identificados os prontuários, a segunda etapa constou do preenchimento do instrumento de coleta de dados, elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE), o qual continha

dados de identificação, sociodemográficos e clínicos, além das principais queixas no AACR, fluxogramas, discriminadores, morbidades, diagnósticos de enfermagem e suas respectivas características definidoras (sinais e sintomas) e/ou fatores de risco.

Foi realizado um teste piloto com 10 prontuários selecionados aleatoriamente para testar a logística do estudo e adequar o instrumento e a forma de coleta de dados, a fim de atender os objetivos do estudo.

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram armazenados no programa *Excel*. Posteriormente, o banco de dados foi exportado para o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0. Para a análise descritiva dos dados, as variáveis contínuas simétricas foram expressas como média \pm desvio padrão e as assimétricas expressas em mediana e intervalo interquartil, conforme distribuição dos dados. As variáveis categóricas foram expressas com números absolutos e percentuais (CALLEGARI-JACQUES, 2007).

O ponto de corte para determinar os discriminadores dos fluxogramas do STM e os DEs a serem associados foi determinado pela estatística descritiva, considerando-se a frequência de ocorrência dos mesmos, uma vez que não existem estudos prévios que apontem evidências sobre como essas associações poderiam ser realizadas. Assim, identificou-se os dez discriminadores mais frequentemente aplicados na unidade, bem como os cinco diagnósticos de enfermagem do tipo real e os quatro diagnósticos de enfermagem do tipo risco. Na sequência, verificou-se qual dentre os dez discriminadores estavam presentes em cada grupo de DE (real e risco) e após se realizou as associações. Oito discriminadores foram associados aos cinco DEs do tipo real mais frequentes, e cinco discriminadores foram associados aos quatro DEs de risco mais frequentes. A análise estatística utilizou o teste exato de Fisher ou qui-quadrado, considerando-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A razão de prevalência (RP) e seu intervalo de confiança a 95% foram estimados pela regressão de Poisson. A RP avalia a relação entre a chance de um indivíduo exposto possuir a condição de interesse comparada à do não exposto. Assim, uma RP “maior que 1” indica que há associações entre os discriminadores e os DEs, e quanto maior a RP, maior a prevalência entre os indivíduos expostos comparada à dos não expostos. Ao contrário, uma RP “menor que 1” indica que há uma redução da prevalência (HULLEY et al., 2008).

4.6 Aspectos éticos

Em acordo com as exigências legais e éticas preconizadas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), o projeto de pesquisa foi encaminhado à apreciação e aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA, aprovado com o protocolo número 140145 (Anexo A). Por se tratar de um estudo transversal envolvendo informações de pacientes e registros de profissionais do HCPA, os pesquisadores se comprometeram com o caráter confidencial das informações e a utilização única e exclusiva para a execução do projeto descrito, assinando o Termo de Compromisso com a Utilização de Dados (Anexo B).

5 RESULTADOS

A seguir serão descritos os resultados obtidos no estudo, com os seguintes tópicos: Caracterização dos Pacientes Atendidos no Serviço de Emergência do HCPA, Principais Queixas apresentadas pelos Pacientes no AACR, Principais Fluxogramas e Discriminadores utilizados em Pacientes com Prioridade Clínica I e II no Serviço de Emergência do HCPA, Descrição dos principais Diagnósticos de Enfermagem no Serviço de Emergência do HCPA e Associação entre os Discriminadores dos Fluxogramas do STM e os Diagnósticos de Enfermagem.

5.1 Caracterização dos Pacientes Atendidos no Serviço de Emergência do HCPA

Dentre os 219 pacientes, 110 (50,2%) eram do sexo masculino e 109 (49,8%) do sexo feminino, a idade média foi de $62,3 \pm 15,3$ anos, com idade mínima de 19 anos e máxima de 94 anos. Em relação à escolaridade, 69 pacientes (31,5%) possuíam Ensino Fundamental incompleto e, na maioria das vezes, eram procedentes do município de Porto Alegre (136-62,1%). Quanto às morbidades, 148 pacientes (67,5%) apresentaram mais de uma, 61 (27,9%) apresentaram apenas uma morbidade e os demais (10 - 4,6%) não tinham morbidades. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) seguida de *diabetes mellitus* (DM) foram as mais prevalentes (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com prioridade clínica I e II atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015

<i>Variável</i>	n = 219
Idade (anos) *	62,3±15,3
Sexo masculino [†]	110 (50,2)
Escolaridade ^{† **}	
Ensino Fundamental incompleto	69 (31,5)
Ensino Médio completo	25 (11,4)
Ensino Fundamental completo	21 (9,6)
Analfabetos	10 (4,6)
Ensino Superior completo	5 (2,3)
Ensino Médio incompleto	3 (1,4)
Ensino Superior incompleto	2 (0,9)
Procedência [†]	
Porto Alegre	136 (62,1)
Região metropolitana	66 (30,1)
Interior do estado do Rio Grande do Sul	17 (7,8)
Morbidades [†]	
HAS	119 (54,3)
DM	62 (28,3)
Histórico de Cardiopatia Isquêmica	44 (20,1)
Neoplasias	43 (19,6)
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	35 (16,0)
Tabagismo	32 (14,6)
Acidente Vascular Cerebral	30 (13,7)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*Média ± desvio-padrão

[†] n (%)

** Ausência de registro da escolaridade em 84 pacientes (38,4%)

Nota: A maioria dos pacientes do estudo apresentou mais de uma morbidade.

Quanto ao atendimento inicial realizado pela equipe do SE, identificou-se que 165 (75,3%) pacientes foram atendidos no Box de Urgência da UV e 54 (24,7%) no Box da UOL. Após, 125 (57,1%) deles foram encaminhados à Unidade Vascular, 65 (29,7%) à UOL e 29 (13,2%) à UI. Na sequência, verificou-se que 123 (56,2%) puderam ser transferidos para outras unidades do HCPA, 82 (37,4%) tiveram alta hospitalar do SE e 14 (6,4%) evoluíram a óbito.

Dos 123 pacientes transferidos para outras unidades do HCPA, 60 (48,8%) foram encaminhados à Unidade de Internação Clínica, 27 (22,0%) ao Centro de Tratamento Intensivo (CTI), 15 (12,2%) à Unidade Álvaro Alvim (UAA)¹, 10 (8,1%) à Unidade de Internação Cirúrgica, 6 (4,9%) à Unidade de Cuidados Cardíacos (UCC) e 5 (4,1%) ao Bloco Cirúrgico.

¹ Leitos hospitalares destinados exclusivamente ao SE do HCPA com o objetivo de minimizar a superlotação.

5.2 Principais Queixas apresentadas pelos Pacientes no AACR

As principais queixas apresentadas no AACR em pacientes classificados nas prioridades clínicas I e II foram dispnéia (81 – 37%), dor (78 – 35,6%), náuseas/vômitos (21 – 9,5%), mal estar/piora do estado geral (20 – 9,1%), conforme dados distribuídos na Tabela 2.

Tabela 2 – Queixas apresentadas na Classificação de Risco em pacientes com prioridade clínica I e II atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015

<i>Queixa Principal</i>	n = 219
Dispnéia	81 (37,0)
Dor	78 (35,6)
Náuseas/Vômitos	21 (9,5)
Mal Estar/Piora do estado geral	20 (9,1)
Alteração de força e de sensibilidade em hemicorpo	18 (8,2)
Alteração do nível de consciência	16 (7,3)
Crise convulsiva/Convulsionando	12 (5,4)
Hipoglicemia	12 (5,4)
Alteração na fala	9 (4,1)
Tosse produtiva	8 (3,6)
Febre	8 (3,6)
Tonturas/Vertigens	7 (3,1)
Alterações de frequência cardíaca	7 (3,1)
Sangramentos	5 (2,2)
Desmaio (Sincope)	4 (1,8)
Calafrios/Sudorese	4 (1,8)
Desvio de comissura labial	4 (1,8)
Gasping	3 (1,3)
Modificações da cor da pele	3 (1,3)
PCR	2 (0,9)

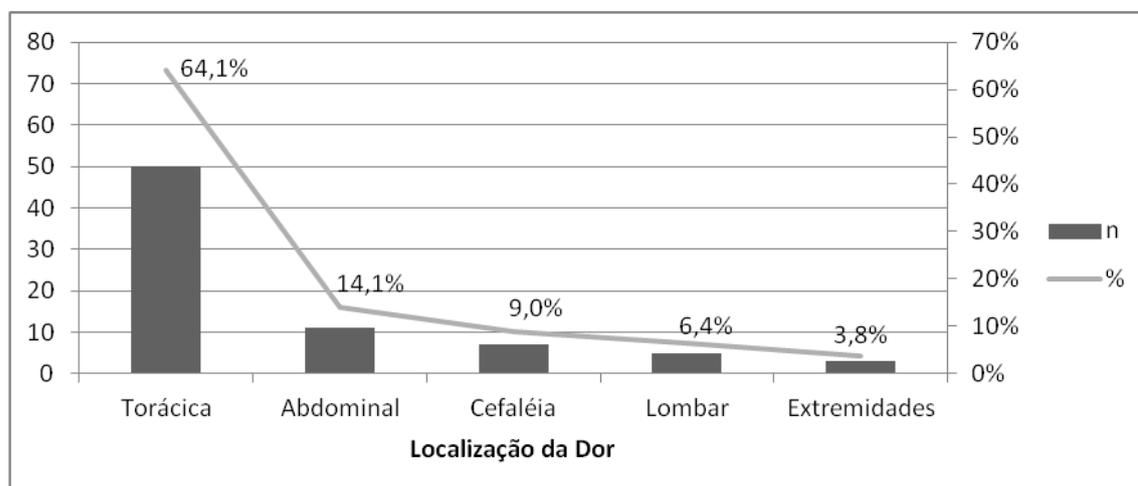
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Notas: Números expressos em n (%). Os pacientes apresentaram uma ou mais queixas.

No que se refere à queixa de dor, destaca-se que no HCPA, a avaliação e o gerenciamento da mesma deve ser realizado para todos os pacientes. Isto inclui a avaliação da característica, localização e intensidade da dor, bem como histórico prévio, fatores de agravamento ou alívio e presença de manifestações associadas à mesma.

Entretanto, das 78 vezes (100%) em que foi referida pelos pacientes, apenas 19 (24,4%) registros apresentavam a sua característica; no entanto, em 76 (97,4%) registros a localização foi descrita (Figura 3). A intensidade da dor foi avaliada e registrada em 62 (79,5%) dos casos com uma média de intensidade de $7,379 \pm 2,42$.

Figura 3– Registro da localização da dor nos pacientes com prioridade clínica I e II atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

5.3 Principais Fluxogramas e Discriminadores utilizados em Pacientes com Prioridade Clínica I e II no Serviço de Emergência do HCPA

Foram identificados 14 diferentes fluxogramas para os 219 pacientes classificados nas prioridades clínicas I e II (Tabela 3).

Tabela 3 – Principais Fluxogramas do STM utilizados no atendimento de pacientes com prioridade clínica I e II no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015

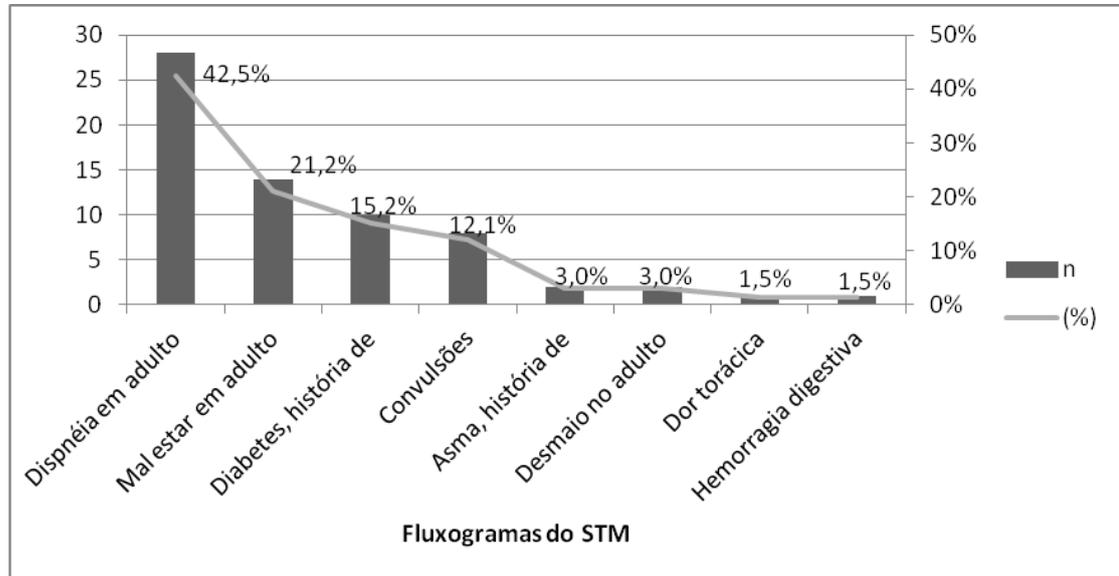
Fluxogramas	n = 219
Dispneia em adulto	71 (32,4)
Mal estar em adulto	51 (23,3)
Dor torácica	45 (20,5)
Convulsões	13 (5,9)
Dor abdominal em adulto	10 (4,6)
Diabetes, história de	10 (4,6)
Hemorragia digestiva	7 (3,2)
Desmaio no adulto	3 (1,4)
Asma, história de	2 (0,9)
Palpitações	2 (0,9)
Cefaléia	2 (0,9)
Dor lombar	1 (0,5)
Alteração de comportamento	1 (0,5)
Feridas	1 (0,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nota: Números expressos em n (%).

Para os 66 pacientes classificados no nível I de prioridade clínica, foram identificados oito diferentes fluxogramas, sendo os mais frequentes Dispneia em adulto (28 – 42,5%), Mal estar em adulto (14 – 21,2%) e Diabetes, história de (10 – 15,2%), (Figura 4).

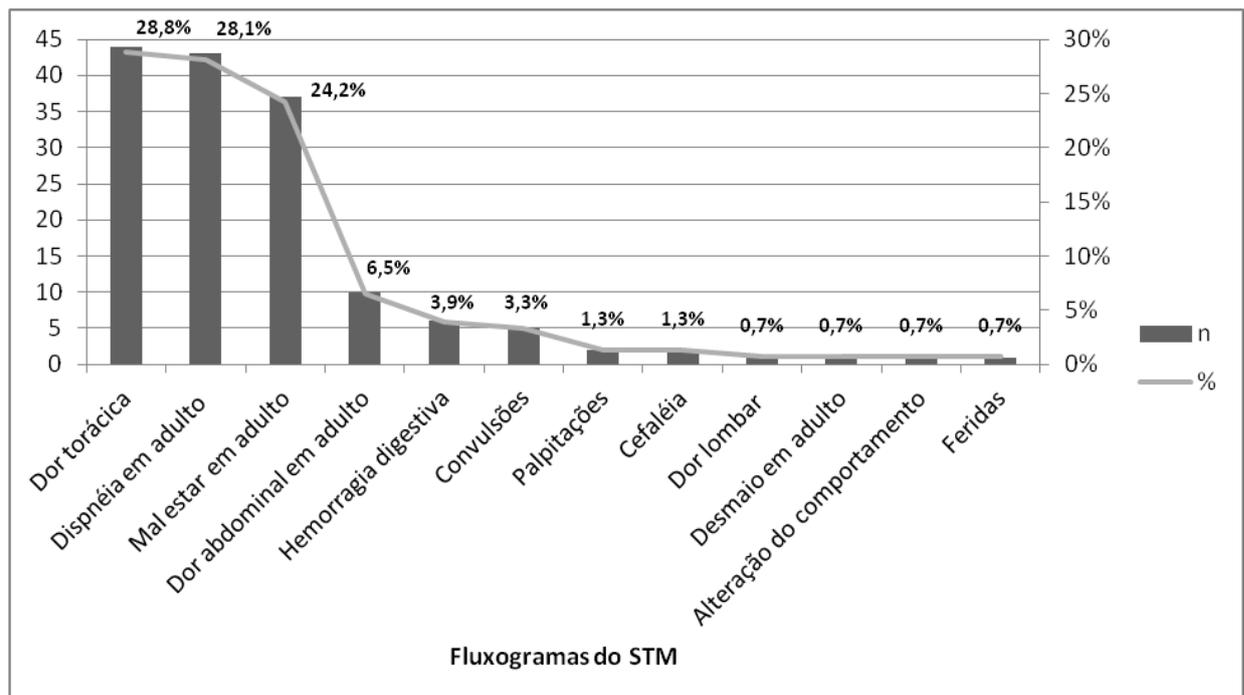
Figura 4 – Principais Fluxogramas do STM utilizados nos 66 pacientes com prioridade clínica I, atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Para os 153 pacientes com prioridade clínica II, foram identificados 12 diferentes fluxogramas, sendo os de Dor torácica (44 – 28,8%), Dispneia em adulto (43 – 28,1%) e Mal estar em adulto (37 – 24,2%) os mais frequentes (Figura 5).

Figura 5 – Principais Fluxogramas do STM utilizados nos 153 pacientes com prioridade clínica II, atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A partir dos diferentes 14 fluxogramas, independentemente do nível de prioridade clínica, foram identificados 16 discriminadores, sendo os mais frequentes: Dor precordial ou cardíaca (41 – 18,7%), Saturação de oxigênio (Sat O2) muito baixa (32 – 14,6%), Respiração inadequada (31 – 14,2%), Pulso anormal (25 – 11,4%) e Déficit neurológico agudo (20 – 9,1%), conforme apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Discriminadores do STM utilizados no atendimento de pacientes com prioridade clínica I e II no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015

<i>Discriminadores</i>	n = 219
Dor precordial ou cardíaca	41 (18,7)
Sat O2 muito baixa	32 (14,6)
Respiração inadequada	31 (14,2)
Pulso anormal	25 (11,4)
Déficit neurológico agudo	20 (9,1)
Hipoglicemia	13 (5,9)
Choque	12 (5,5)
Alteração súbita da consciência	12 (5,5)
Dor intensa	10 (4,6)
Convulsionando	9 (4,1)
Vômito de sangue	4 (1,8)
Frases entrecortadas	3 (1,4)
Evacuação de sangue vivo ou escurecido	3 (1,4)
Exaustão	2 (0,9)
Dor epigástrica	1 (0,5)
Obstrução de vias aéreas	1 (0,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nota: Números expressos em n (%).

Ao analisar os discriminadores para o grupo de 66 pacientes com prioridade clínica I, encontrou-se: Respiração inadequada (31 – 47%), Hipoglicemia (13 – 19,7%), Choque (12 – 18,2%), Convulsionando (9 – 13,6%) e Obstrução de vias aéreas (1 – 1,5%).

Entre os 153 pacientes com prioridade clínica II, os discriminadores foram: Dor precordial ou cardíaca (41 – 26,8%), Sat O2 muito baixa (32 – 20,9%), Pulso anormal (25 – 16,3%), Déficit neurológico agudo (20 – 13,1%), Alteração súbita da consciência (12 – 7,8%), Dor intensa (10 – 6,5%), Vômito com sangue (4 – 2,6%), Frases entrecortadas (3 – 2,0%), Evacuações de sangue vivo ou escurecido (3 – 2,0%), Exaustão (2 – 1,3%) e Dor epigástrica (1 – 0,7%).

5.4 Descrição dos principais Diagnósticos de Enfermagem no Serviço de Emergência do HCPA

Entre os 219 pacientes, foi possível identificar 14 diferentes DEs do tipo real e nove de risco. Apenas 26 (11,8%) pacientes apresentaram mais de um DE estabelecido.

Os DEs reais mais frequentes, independentemente da prioridade clínica do paciente, foram Padrão respiratório ineficaz (62 – 28,3%) e Dor aguda (49 – 22,3%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Diagnósticos de Enfermagem reais estabelecidos para pacientes com prioridade clínica I e II no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015

<i>Diagnóstico de Enfermagem</i>	Prioridade		
	n=219	I (n=66)	II (n =153)
Padrão respiratório ineficaz	62 (28,3)	23 (34,8)	39 (25,5)
Dor aguda	49 (22,3)	1 (1,5)	48 (31,7)
Débito cardíaco diminuído	12 (5,4)	2 (3,0)	10 (6,5)
Conforto prejudicado	12 (5,4)	-	12 (7,8)
Negligência unilateral	10 (4,5)	-	10 (6,5)
Perfusão tissular ineficaz cardiopulmonar*	6 (2,7)	2 (3,0)	4 (2,6)
Ventilação espontânea prejudicada	6 (2,7)	3 (4,5)	3 (1,9)
Confusão aguda	6 (2,7)	-	6 (4,0)
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	3 (1,3)	2 (3,0)	1 (0,6)
Dor crônica	3 (1,3)	-	3 (1,9)
Volume de líquidos deficiente	3 (1,3)	1 (1,5)	2 (1,3)
Troca de gases prejudicada	2 (0,9)	1 (1,5)	1 (0,6)
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	1 (0,4)	1 (1,5)	-
Eliminação urinária prejudicada	1 (0,4)	1 (1,5)	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Notas: Números expressos em n (%).

*Diagnóstico de enfermagem retirado da taxonomia da NANDA-I em 2009-2011, permanece disponível no Sistema AGHWeb do HCPA.

Os DEs de risco mais frequentes, independentemente da prioridade clínica dos pacientes, foram Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (21 – 9,5%), Risco de quedas (18 – 8,2%) e Risco de glicemia instável (11 – 5,0%), conforme Tabela 6.

Tabela 6 – Diagnósticos de Enfermagem de risco estabelecidos para pacientes com prioridade clínica I e II no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015

<i>Diagnóstico de Enfermagem</i>	Prioridade		
	n=219	I (n=66)	II (n = 153)
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	21 (9,5)	6 (9,0)	15 (9,8)
Risco de quedas	18 (8,2)	11 (16,7)	7 (4,6)
Risco de glicemia instável	11 (5,0)	11 (16,6)	-
Risco de sangramento	8 (3,6)	2 (3,0)	6 (4,0)
Risco de volume de líquidos deficiente	4 (1,8)	-	4 (2,6)
Risco para disfunção respiratória prejudicada*	3 (1,3)	2 (3,0)	1 (0,6)
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	2 (0,9)	1 (1,5)	1 (0,6)
Risco de desequilíbrio eletrolítico	1 (0,4)	-	1 (0,6)
Risco de infecção	1 (0,4)	-	1 (0,6)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nota: Números expressos em n (%).

*Diagnóstico de enfermagem disponível no Sistema AGHWeb do HCPA, não consta na terminologia da NANDA-I, que é utilizada na instituição com algumas adaptações semânticas.

5.5 Associação entre os Discriminadores dos Fluxogramas do STM e os Diagnósticos de Enfermagem

Para analisar as associações entre os discriminadores dos fluxogramas do STM e os DEs, utilizou-se como ponto de corte os discriminadores e os DEs que se encontravam em maior frequência de ocorrência. Assim, foram associados cinco DEs reais e quatro DEs de risco a dez discriminadores dos fluxogramas do STM, considerando-se a prevalência dos DEs em cada discriminador (Tabela 7).

Tabela 7 – Frequência dos discriminadores em relação aos Diagnósticos de Enfermagem estabelecidos para pacientes com prioridade clínica I e II no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015

<i>Discriminadores</i>	n=219	
	Com DE Real	Com DE Risco
Dor precordial ou cardíaca	45 (20,5)*	2 (0,9)
Sat O2 muito baixa	34 (15,5)*	2 (0,9)
Respiração inadequada	28 (12,8)*	3 (1,4)
Pulso anormal	24 (11,0)*	6 (2,7)*
Déficit neurológico agudo	10 (4,6)*	14 (6,4)*
Hipoglicemia	2 (0,9)	12 (5,5)*
Choque	7 (3,2)*	5 (2,3)
Alteração súbita consciência	8 (3,6)*	7 (3,2)*
Dor intensa	10 (4,6)*	1 (0,4)
Convulsionando	0 (0,0)	11 (5,0)*

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nota: n = frequência absoluta, (%) = percentil.

* Discriminadores mais frequentes selecionados para verificar associações com cada grupo de DEs.

Na associação entre os DEs do tipo real e os discriminadores do STM, foi encontrada associação significativa entre o discriminador Dor precordial ou cardíaca e os DEs Dor aguda ($p < 0,001$; RP 4,17; IC 95%: 2,68 – 6,47) e Conforto prejudicado ($p = 0,008$; RP 4,38; IC 95%: 1,47 – 13). O discriminador Dor intensa associou-se significativamente ao DE Dor Aguda ($p < 0,001$; RP 3,49; IC 95% : 2,49 – 4,89).

O discriminador Sat O2 muito baixa ($p < 0,001$; RP 3,12; IC 95%: 2,27 – 4,30) e Respiração inadequada ($p < 0,001$; RP 2,51; IC 95%: 1,80 – 3,50) apresentaram associação estatisticamente significativa ao DE Padrão respiratório ineficaz.

O discriminador Pulso anormal teve associação significativa com o DE Débito cardíaco diminuído ($p = 0,030$, RP 3,40; IC 95%: 1,13 – 10,4).

O discriminador Déficit neurológico agudo ($p < 0,001$; RP 36,85; IC 95%: 11 – 119) e o Alteração súbita da consciência ($p = 0,024$; RP 4,91; IC 95%: 1,24 – 19,4) foram associados

significativamente ao DE Negligência unilateral. Não houve associação significativa do discriminador Choque e os DEs Padrão respiratório ineficaz, Dor aguda, Débito cardíaco diminuído, Conforto prejudicado e Negligência unilateral.

Também foram observadas associações inversas entre o discriminador Dor precordial ou cardíaca e o DE Padrão respiratório ineficaz ($p = 0,001$; RP 0,10; IC 95%: 0,03 – 0,41) e entre o discriminador Sat O2 muito baixa e o DE Dor aguda ($p = 0,015$; RP 0,09; IC 95%: 0,01 – 0,63).

Em relação ao discriminador Respiração inadequada, houve associação significativa com o DE Dor aguda; entretanto, não foi possível estimar a RP, pois não houve observações para os pacientes expostos entre os discriminadores e os diagnósticos de enfermagem. O mesmo ocorreu entre o discriminador Déficit neurológico agudo e os DEs Padrão respiratório ineficaz ($p = 0,014$) e Dor Aguda ($p = 0,034$), e entre o discriminador Dor intensa e o DE Padrão respiratório ineficaz ($p = 0,014$). Esses e outros dados estão demonstrados na Tabela 8.

Tabela 8 – Associações entre oito discriminadores dos fluxogramas do STM mais frequentes e cinco Diagnósticos de Enfermagem Reais mais frequentes em pacientes com prioridade clínica I e II atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015

Discriminadores	Diagnósticos de Enfermagem									
	Padrão respiratório ineficaz		Dor aguda		Débito cardíaco diminuído		Conforto prejudicado		Negligência unilateral	
	n (%)	RP (IC 95%)	n (%)	RP (IC 95%)	n (%)	RP (IC 95%)	n (%)	RP (IC 95%)	n (%)	RP (IC 95%)
Dor precordial ou cardíaca										
Sim	2 (5,0)	0,10 (0,03-0,41)	28 (70,0)	4,17 (2,68-6,47)	3 (7,5)	1,04 (0,30-3,66)	7 (17,5)	4,38 (1,47-13)	0 (0,0)	*
Não	60 (48,0)	p=0,001 [†]	21 (16,8)	p<0,001 [†]	9 (7,2)	p=0,949 ^{††}	5 (4,0)	p=0,008 ^{††}	10 (8,0)	p=0,120 ^{††}
Sat O₂ muito baixa										
Sim	26 (83,9)	3,12 (2,27-4,30)	1 (3,2)	0,09 (0,01-0,63)	2 (6,5)	0,87 (0,20-3,75)	1 (3,2)	0,39 (0,05-2,93)	1 (3,2)	0,48 (0,06-3,65)
Não	36 (26,9)	p<0,001 [†]	48 (35,8)	p=0,015 [†]	10 (7,5)	p=0,846 ^{††}	11 (8,2)	p=0,362 ^{††}	9 (6,7)	p=0,479 ^{††}
Respiração inadequada										
Sim	21 (75,0)	2,51 (1,80-3,50)	0 (00,0)	*	1 (3,6)	0,45 (0,06-3,31)	0 (0,0)	*	0 (0,0)	*
Não	41 (29,9)	p<0,001 [†]	49 (35,8)	p<0,001 [†]	11 (8,0)	p=0,429 ^{††}	12 (8,8)	p=0,222 ^{††}	10 (7,3)	p=0,214 ^{††}
Pulso anormal										
Sim	7 (33,3)	0,87 (0,46-1,65)	6 (28,6)	0,96 (0,47-1,97)	4 (19,0)	3,40 (1,13-10,4)	2 (9,5)	1,37 (0,32-5,83)	0 (0,0)	*
Não	55 (38,2)	p=0,677 [†]	43 (29,9)	p=0,904 [†]	8 (5,6)	p=0,030 ^{††}	10 (6,9)	p=0,699 ^{††}	10 (6,9)	p=0,364 ^{††}
Déficit neurológico agudo										
Sim	0 (00,0)	*	0 (00,0)	*	0 (0,0)	*	0 (0,0)	*	7 (70,0)	36,85 (11-119)
Não	62 (40,0)	p=0,014 ^{††}	49 (31,6)	p=0,034 ^{††}	12 (7,7)	p=1,000 ^{††}	12 (7,7)	p=1,000 ^{††}	3 (1,9)	p<0,001 ^{††}
Choque										
Sim	2 (28,6)	0,75 (0,23-2,47)	1 (14,3)	0,47 (0,08-2,93)	1 (14,3)	2,05 (0,31-13,7)	0 (0,0)	*	0 (0,0)	*
Não	60 (38,0)	p=0,639 ^{††}	48 (30,4)	p=0,419 ^{††}	11 (7,0)	p=0,459 ^{††}	12 (7,6)	p=1,000 ^{††}	10 (6,3)	p=1,000 ^{††}
Alteração súbita da consciência										
Sim	1 (12,5)	0,32 (0,05-2,03)	2 (25,0)	0,84 (0,25-2,84)	0 (0,0)	*	1 (12,5)	1,78 (0,26-12,2)	2 (25,0)	4,91 (1,24-19,4)
Não	61 (38,9)	p=0,228 ^{††}	47 (29,9)	p=0,773 ^{††}	12 (7,6)	p=1,000 ^{††}	11 (7,0)	p=0,555 ^{††}	8 (5,1)	p=0,024 ^{††}
Dor intensa										
Sim	0 (00,0)	*	9 (90,0)	3,49 (2,49-4,89)	1 (10,0)	1,41 (0,20-9,85)	0 (0,0)	*	0 (0,0)	*
Não	62 (40,0)	p=0,014 ^{††}	40 (25,8)	p<0,001 ^{††}	11 (7,1)	p=0,730 ^{††}	12 (7,7)	p=1,000 ^{††}	10 (6,5)	p=1,000 ^{††}

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nota: RP = razão de prevalência, IC 95% = intervalo de confiança de 95%, [†] Teste qui-quadrado, ^{††} Teste exato de Fisher.

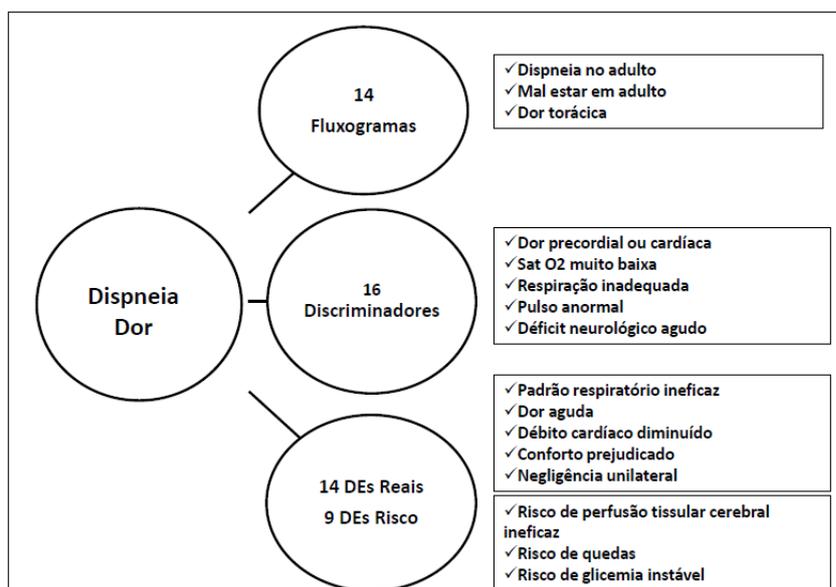
* RP não estimada (não houve observações para os pacientes expostos entre os discriminadores e os diagnósticos de enfermagem).

Também se verificou a associação entre os DEs do tipo risco e os discriminadores do STM.

Os discriminadores Déficit neurológico agudo ($p < 0,001$; RP 4,13 e IC 95%: 2,37 – 7,19) e Convulsionando ($p = 0,009$; RP 2,31; IC 95%: 1,23 – 4,34) apresentaram associação significativa com o DE Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz. O discriminador Convulsionando ainda associou-se ao DE Risco de quedas ($p = 0,037$; RP 2,22; IC 95%: 1,05 – 4,71). O discriminador Hipoglicemia também se associou estatisticamente com o DE Risco de glicemia instável ($p < 0,001$; RP 45,5; IC 95%: 6,47 – 319) e ao DE Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz ($p = 0,011$), porém não foi possível estimar a RP. Não houve associação significativa dos discriminadores Pulso anormal e Alteração súbita da consciência e os DEs Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz, Risco de quedas, Risco de glicemia instável e Risco de sangramento, conforme apresentado na Tabela 9.

A Figura 6 sintetiza as principais queixas, fluxogramas, discriminadores e diagnósticos de enfermagem reais e de risco encontrados nesse estudo.

Figura 6 – Principais Queixas, Fluxogramas, Discriminadores e Diagnósticos de Enfermagem em pacientes com prioridade clínica I e II, atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015



Fonte: Autora.

Tabela 9 – Associações entre cinco discriminadores dos fluxogramas do STM mais frequentes e quatro Diagnósticos de Enfermagem de Risco mais frequentes em pacientes com prioridade clínica I e II atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Porto Alegre/RS, 2015

Discriminadores	Diagnósticos de Enfermagem de risco							
	Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz		Risco de quedas		Risco de glicemia instável		Risco de sangramento	
	n (%)	RP (IC 95%)	n (%)	RP (IC 95%)	n (%)	RP (IC 95%)	n (%)	RP (IC 95%)
Pulso anormal								
Sim	2 (33,3)	0,97 (0,29-3,17)	1 (16,7)	0,54 (0,09-3,37)	0 (0,0)	*	1 (16,7)	1,31 (0,19-8,92)
Não	19 (34,5)	p=0,953	17 (30,9)	p=0,509	11 (20,0)	p=0,580	7 (12,7)	p=0,783
Déficit neurológico agudo								
Sim	10 (90,9)	4,13 (2,37-7,19)	4 (36,4)	1,30 (0,53-3,19)	0 (0,0)	*	0 (0,0)	*
Não	11 (22,0)	p<0,001	14 (28,0)	p=0,569	11 (22,0)	p=0,188	8 (16,0)	p=0,330
Hipoglicemia								
Sim	0 (0,0)	*	2 (18,2)	0,57 (0,15-2,12)	10 (90,9)	45,5 (6,47-319)	0 (0,0)	*
Não	21 (42,0)	p=0,011	16 (32,0)	p=0,400	1 (2,0)	p<0,001	8 (16,0)	p=0,330
Alteração súbita da consciência								
Sim	3 (50,0)	1,53 (0,63-3,70)	3 (50,0)	1,83 (0,74-4,55)	1 (16,7)	0,92 (0,14-5,98)	0 (0,0)	*
Não	18 (32,7)	p=0,348	15 (27,3)	p=0,191	10 (18,2)	p=0,928	8 (14,5)	p=1,000
Convulsionando								
Sim	6 (66,7)	2,31 (1,23-4,34)	5 (55,6)	2,22 (1,05-4,71)	0 (0,0)	*	0 (0,0)	*
Não	15 (28,8)	p=0,009	13 (25,0)	p=0,037	11 (21,2)	p=0,191	8 (15,4)	p=0,591

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nota: RP = razão de prevalência, IC 95% = intervalo de confiança de 95%, teste exato de Fisher.

*RP não estimada (não houve observações para os pacientes expostos entre os discriminadores e os diagnósticos de enfermagem).

6 DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo apontaram que existem diversas associações significativas entre os discriminadores dos fluxogramas do STM e os DEs, estabelecidos para pacientes atendidos no serviço de emergência. Isso confirma a hipótese de que os discriminadores dos fluxogramas do STM podem fornecer subsídios para o estabelecimento do DE. Assim, as associações evidenciadas demonstram que a coleta de dados realizada pelo enfermeiro no AACR pode auxiliar na determinação do DE em pacientes em atendimento de emergência.

Essas associações positivas encontradas no estudo remetem à discussão das principais queixas dos pacientes (dispneia e dor) de modo semelhante ao encontrado em outras publicações (TODD *et al.*, 2007; BARRETO *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2011; DAL PONTE *et al.*, 2008; PROVIDÊNCIA, *et al.*, 2011). Assim, o discriminador Dor precordial ou cardíaca e o discriminador Dor intensa subsidiaram a determinação do DE Dor aguda, evidenciado pelas associações significativas entre eles. Este DE é definido pela NANDA-I (2013, p. 548) da seguinte maneira: “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses”. Ele tem características definidoras semelhantes aos discriminadores citados, entre elas comportamento expressivo, evidência observada de dor, expressão facial, gestos protetores, relato codificado e relato verbal de dor (NANDA-I, 2013, p. 548). O DE Dor aguda também é corroborado em outros achados da literatura como sendo o DE mais frequente em pacientes atendidos em serviços de urgência e emergência e com doenças cardiovasculares (SOUZA *et al.*, 2013; GOMES *et al.*, 2014; PEREIRA *et al.*, 2011).

Por sua vez, o discriminador Dor precordial ou cardíaca é definido como “dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, que pode estar irradiando para o braço esquerdo ou pescoço, podendo associar-se à sudorese, náuseas, sensação de lipotimia e/ou dor epigástrica”. O discriminador Dor intensa é definido como “dor intolerável, insuportável, dilacerante, geralmente descrita como jamais sentida, de intensidade que varia entre 8-10” (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2010, p. 227-228). As associações realizadas também evidenciaram que os pacientes com o discriminador Dor precordial ou cardíaca possuem uma prevalência quatro vezes maior para o DE Dor aguda, assim como aqueles com o discriminador Dor intensa apresentam uma prevalência três vezes maior para este DE. Ao encontro disso, estudo que identificou a frequência dos diagnósticos de enfermagem e suas

características definidoras em pacientes com doenças cardiovasculares, observou o DE Dor aguda como o mais prevalente (70,7%), sendo a características definidoras de relato verbal de dor presente em 100% dos casos (PEREIRA et al., 2011).

O discriminador Dor precordial ou cardíaca ainda apresentou associação estatisticamente significativa com o DE Conforto prejudicado, definido pela NANDA-I (2013, p. 546) como “falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual ambiental, cultural e social”. Ele apresenta entre suas características definidoras ansiedade, choro, incapacidade de relaxar, inquietação, relato de falta de sentir-se à vontade com a situação, relato de sentir-se desconfortável e relato de sintomas de angústia. Os resultados também evidenciaram que os pacientes com o discriminador Dor precordial ou cardíaca apresentam uma prevalência quatro vezes maior de apresentar o DE Conforto prejudicado, o que corrobora a sua acurácia.

A dor torácica aguda geralmente está associada à Síndrome Coronariana Aguda (SCA) (CHRIST et al., 2014), e o enfermeiro deve estar atento à localização, característica, intensidade e duração dela, assim como aos fatores de risco, precipitantes e de alívio, para poder avaliar e encaminhar adequadamente os pacientes à sala de urgência. Determinar a dor de origem cardiológica é de suma importância no prognóstico dos pacientes, pois as doenças cardiovasculares lideram entre as principais causas de morte e incapacidades no Brasil e no mundo. Estima-se que 40% dos óbitos estarão relacionados a essas doenças em 2020 (SOARES et al., 2009). Em 2010, cerca de 200 mil óbitos no Brasil foram exclusivamente decorrentes da doença isquêmica do coração e de doenças cerebrovasculares, ou seja, cerca de 1.000 mortes/dia (SIMÃO et al., 2014). Portanto, a dor representa um desafio constante aos enfermeiros, que são responsáveis por reconhecer sinais e sintomas de SCA precocemente e por “disparar” protocolos que propiciam intervir em tempo hábil, reduzindo as taxas de mortalidade e contribuindo na qualidade da assistência prestada.

Salienta-se ainda que Dor precordial ou cardíaca é um discriminador específico do STM e pode ser encontrado em diferentes fluxogramas, como Dispneia em adulto, Dor torácica, Palpitações, Desmaio no adulto, sendo um dos mais usados nas emergências. Esses dados estão corroborados em estudo que caracterizou a população classificada em relação ao STM e identificou entre os fluxogramas mais utilizados o de Dor torácica (GUEDES et al., 2014). Todavia, independentemente do fluxograma escolhido pelo enfermeiro, este sempre levará o paciente ao nível de prioridade clínica II (muito urgente), o que pode justificar sua alta prevalência no presente estudo.

Outra manifestação clínica comum nos serviços de emergência é a dispneia (DINIZ et al., 2014). O enfermeiro no AACR deve estar atento aos sinais de desconforto respiratório ou de insuficiência respiratória para implementar precocemente cuidados que visem manter desobstruídas as vias aéreas do paciente. Assim, são evitadas mudanças no funcionamento do sistema orgânico e complicações que podem levar à parada cardiorrespiratória, pois a perda da capacidade de ventilar adequadamente ou de fornecer oxigênio aos tecidos é uma ameaça real e grave ao organismo humano (GUYTON, HALL, 2006).

Nessa linha, foram analisados estudos sobre a demanda de pacientes classificados pelo STM, nos quais entre os discriminadores mais frequentes estavam Sat O2 muito baixa e Respiração inadequada. Assim como o DE mais utilizado foi Padrão respiratório ineficaz, achados que corroboram de forma similar nesta investigação (DINIZ et al., 2014; SALLUM, SANTOS, LIMA, 2013; SALGADO et al., 2013; SOUZA et al., 2012). O discriminador Sat O2 muito baixa é definido por “saturação de oxigênio menor que 95% em pacientes com terapia com O2 ou menor que 90% em ar ambiente” (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2010, p. 235). O discriminador Respiração inadequada está definido como “paciente que não consegue respirar o suficiente para manter oxigenação adequada, podendo haver aumento do trabalho respiratório, sinais de respiração inadequada ou exaustão” (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2010, p. 234).

Esses discriminadores apresentaram associação estatisticamente significativa com o DE Padrão respiratório ineficaz, que é definido como “inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada”, e tem como características definidoras as alterações na profundidade respiratória, batimento de asa de nariz, bradipneia, taquipneia, dispneia, uso da musculatura acessória para respirar e respiração com os lábios franzidos (NANDA-I, 2013, p. 294). Nesse contexto, encontrou-se estudo de validação referentes a resultados de enfermagem da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (MOORHEAD et al., 2013), ligados ao DE Padrão Respiratório Ineficaz, que apontou como prioritário o indicador Estado Respiratório: permeabilidade de vias aéreas (CANTO, ALMEIDA, 2013). Esse estudo corrobora aos achados dessa pesquisa, pois a permeabilidade das vias aéreas envolve a avaliação dos discriminadores Sat O2 muito baixa e Respiração inadequada.

Essa associação positiva também demonstrou que os pacientes com o discriminador Sat O2 muito baixa possuem prevalência três vezes maior de apresentar o DE Padrão respiratório ineficaz, e aqueles com o discriminador Respiração inadequada, uma prevalência duas vezes maior de apresentar esse mesmo DE. Essas associações evidenciam claramente o quanto esses discriminadores do STM corroboram na precisão do DE, apresentando-se como

mais um elemento importante para o raciocínio diagnóstico. Salienta-se que o discriminador Respiração inadequada se encontra em diferentes fluxogramas do STM, por avaliar o risco de vida dos pacientes. Este é o discriminador da prioridade clínica I (emergência) que avalia aqueles que não mantêm uma oxigenação adequada ou respiração eficaz, o que também pode justificar sua alta prevalência no estudo.

Também foram encontradas associações inversas entre o discriminador Dor precordial ou cardíaca e o DE Padrão respiratório ineficaz, ou seja, os pacientes com o discriminador Dor precordial ou cardíaca apresentam uma redução na prevalência para o DE Padrão respiratório ineficaz em 90% (RP 0,10 – IC 95% 0,03 – 0,41). Destaca-se que a dor não está descrita entre as características definidoras da NANDA-I para este DE (apenas como fator relacionado), o que corrobora o fato de que os sinais e sintomas são prioritários na avaliação dos pacientes para o estabelecimento de um DE.

Da mesma forma, também se encontrou associação inversa entre Sat O₂ muito baixa e o DE Dor aguda. Entre as características definidoras desse DE encontram-se mudanças na frequência respiratória, o que se refere ao ritmo respiratório e não propriamente à saturação de O₂. Diante disso, é possível inferir que os enfermeiros determinam o DE pela evidência de sinais e sintomas, ou seja, preocupam-se primeiramente com o alívio dos sintomas do paciente e os priorizam, para posteriormente conhecer a etiologia do seu problema de saúde, isto é, os fatores relacionados. Esses dados fornecidos pelas associações inversas contribuíram de forma positiva neste estudo para melhor compreender o processo de acurácia diagnóstica.

Alguns dos demais discriminadores analisados neste estudo também são apresentados na literatura como frequentemente utilizados nas emergências. Entre eles estão alteração do estado de consciência, história de perda de consciência, convulsão, pulso anormal e hipoglicemia (DINIZ et al., 2014; MADEIRA, LOUREIRO, NORA, 2010).

Constatou-se que os discriminadores Déficit neurológico agudo e Alteração súbita da consciência subsidiaram a determinação do DE Negligência unilateral, que segundo a NANDA-I (2013, p. 319) é o “prejuízo na resposta sensorial e motora, nas representações mentais e na atenção espacial do corpo e do ambiente correspondente, caracterizado por desatenção a um dos lados e atenção excessiva ao lado oposto”. Este possui entre suas características definidoras semelhanças com os discriminadores citados, como a falha em movimentar o tronco e os membros no hemiespaço negligenciado, apesar de perceber um estímulo nesse espaço; falha em vestir o lado negligenciado, entre outras. Nesse sentido, o discriminador Déficit neurológico agudo, definido como qualquer perda da função neurológica que ocorreu nas últimas 24 horas, como alteração ou perda de sensibilidade,

fraqueza de membros (transitória ou permanente); e o discriminador Alteração súbita da consciência, definido como a alteração da Escala de Coma de Glasgow, nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2010, p. 227), também vão ao encontro do DE Negligência unilateral. Essas associações positivas também demonstram que os pacientes com o discriminador Déficit neurológico agudo possuem uma prevalência 36 vezes maior de apresentar este DE. Cabe salientar que o SE do HCPA, atualmente é referência no atendimento a pacientes acometidos por AVC isquêmico, o que pode ter influenciado nesta associação. Da mesma forma, os pacientes com o discriminador Alteração súbita da consciência apresentam uma prevalência quatro vezes maior para o DE Negligência unilateral.

Outra associação evidente ocorreu entre o discriminador Pulso anormal e o DE Débito cardíaco diminuído. Pulso anormal é definido como “bradicardia (< 60 batimentos por minuto) ou taquicardia (> 100 batimentos por minuto) ou ainda um ritmo irregular” (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2010, p. 233). Débito cardíaco diminuído, segundo a NANDA-I (2013, p. 290), é a “quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais”. Ele possui entre suas características definidoras elementos que se associam ao discriminador referido, como alterações no ECG, arritmias, bradicardia, palpitações e taquicardia (NANDA-I, 2013). Essas alterações no funcionamento das estruturas cardíacas, podem determinar algum grau de deficiência no débito cardíaco (SILVA, 2014), o que também corrobora essa associação evidenciada. Os dados do estudo também demonstraram que os pacientes com esse discriminador possuem uma prevalência três vezes maior de apresentar o DE Débito cardíaco diminuído, o que deve ser considerado pelos enfermeiros.

Pulso anormal remete à arritmia cardíaca, que possui entre suas manifestações clínicas palpitações, síncope, pré-síncope, dor precordial e até mesmo morte súbita. Entre essas manifestações, um estudo realizado em uma unidade de emergência hospitalar identificou a palpitação entre as principais características definidoras validadas para o DE Débito cardíaco diminuído para pacientes com insuficiência cardíaca descompensada (MARTINS, ALITI, RABELO, 2010). Esse DE também é apresentado na literatura como o mais frequente entre os pacientes com doenças cardiovasculares, o que vai ao encontro dos achados deste estudo (PEREIRA et al., 2011). Assim, o enfermeiro deve realizar o exame físico observando a frequência cardíaca quanto ao ritmo e atentando para a presença de arritmias. Um dos recursos utilizados, que pode auxiliar o enfermeiro na detecção de arritmias, é o ECG de 12 derivações, o qual deve ser realizado o mais breve possível. Para isso, é de suma importância

o enfermeiro ter noções básicas do ECG, que possibilitem a ele reconhecer as principais arritmias, com vistas a realizar com rapidez o adequado encaminhamento das intervenções de enfermagem associadas ao processo terapêutico indicado.

Outras associações estatisticamente significativas também foram evidenciadas entre os discriminadores do STM com DEs de risco, entre eles os discriminadores Déficit neurológico agudo e Convulsionando com o DE Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz, o qual é definido como a “vulnerabilidade da redução na circulação do tecido cerebral que pode comprometer a saúde” (NANDA-I, 2013, p. 299). Nesse sentido, destaca-se estudo que objetivou validar os indicadores clínicos da NOC (MOORHEAD *et al*, 2013), para pacientes com o DE Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz. Entre os 18 indicadores clínicos validados, destaca-se como críticos: reflexos neurológicos prejudicados e nível reduzido de consciência (ALMEIDA *et al.*, 2015), os quais vão ao encontro do que é avaliado pelo enfermeiro no discriminador Déficit neurológico agudo.

Por sua vez, o discriminador Convulsionando, definido como “movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial” (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2010, p. 226), também demonstrou ter subsidiado a determinação desse DE. Assim, identificou-se que os pacientes com Déficit neurológico agudo apresentam uma prevalência quatro vezes maior de apresentar o DE Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz, assim como os pacientes com o discriminador Convulsionando apresentaram uma prevalência duas vezes maior de apresentar esse DE.

Destaca-se ainda que os discriminadores Déficit neurológico agudo e Alteração súbita da consciência são frequentemente associados ao AVC isquêmico. Atualmente, representa uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo, e no Brasil é a principal causa de óbito e incapacidades neurológicas (GONZALEZ *et al.*, 2013). Por essas razões, o enfermeiro deve saber reconhecer os sinais e sintomas do AVC e atentar, principalmente, para o tempo do início dos sintomas – fator que é determinante na definição da prioridade clínica e no prognóstico do paciente –, pois quanto mais precoce é o início do tratamento, maiores serão os benefícios terapêuticos (DEL ZOPPO *et al.*, 2009).

O discriminador Convulsionando ainda apresentou associação significativa com o DE Risco de quedas, definido como “vulnerabilidade susceptível aumentada para quedas que podem causar danos físicos e comprometer a saúde” (HERDMAN, KAMITSURU, 2014; NANDA-I, 2013, p. 505). Isso pode ser explicado pelo fato de que um paciente

convulsionando ou em risco para essa situação clínica também se apresentará vulnerável para quedas.

Houve ainda a associação significativa entre o discriminador Hipoglicemia e o DE Risco de glicemia instável. A hipoglicemia é uma das principais complicações agudas de pacientes com DM, o que necessita de identificação imediata por parte dos enfermeiros, uma vez que pode desencadear alterações do nível de consciência com comprometimento das vias áreas, coma e até morte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). A DM é considerada um sério problema de saúde, devido a sua alta morbidade e mortalidade prematura, além dos altos custos públicos envolvidos no tratamento dessa doença e de suas complicações (OLIVEIRA et al., 2014). Por isso, o enfermeiro deve estar atento aos sintomas, entre eles tremores, palidez, sonolência, confusão mental, dificuldade da coordenação motora, náuseas, etc. para o manejo e encaminhamento adequado. O discriminador Hipoglicemia é definido como “glicemia inferior a 55mg/dl” (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2010, p. 230) e subsidiou a determinação do DE Risco de glicemia instável, definido como “vulnerabilidade da variação dos níveis de glicose no sangue em relação aos parâmetros normais que pode comprometer a saúde”. Possui como fatores de risco falta de adesão ao controle do diabetes, falta de aceitação do diagnóstico, conhecimento deficiente e falta de controle do diabetes (HERDMAN, KAMITSURU, 2014; NANDA-I, 2013, p. 237). Essa associação também demonstrou que os pacientes com esse discriminador possuem prevalência quarenta e cinco vezes maior de apresentar esse DE. Destaca-se ainda que esse discriminador, que é encontrado em diferentes fluxogramas, como Mal estar em adulto, Convulsões, Diabetes, Desmaio no adulto e Alteração de comportamento, independentemente da escolha do fluxograma, levará o paciente à prioridade clínica I (emergência), o que também contribuiu para sua alta prevalência neste estudo.

Dessa maneira, frente às associações significativas encontradas pelo presente estudo, afirma-se como sendo fundamental o conhecimento científico do enfermeiro sobre as diversas situações de urgência e emergência, para que este possa pensar criticamente e desenvolver o raciocínio clínico para a rápida tomada de decisões. Conhecer sinais e sintomas, bem como fatores relacionados e de risco às determinadas situações clínicas é determinante para o correto direcionamento da prioridade clínica, assim como para um acurado DE. Conseqüentemente, tem-se a implementação de cuidados adequados e seguros, que repercutem no prognóstico dos pacientes.

7 CONCLUSÃO

Este foi o primeiro estudo desenvolvido no contexto brasileiro que permitiu realizar associações estatísticas entre os discriminadores do STM e os diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da NANDA-I, com dados de cenário real de cuidado. Além disso, o estudo permitiu identificar as principais queixas, fluxogramas, discriminadores e diagnósticos de enfermagem mais frequentemente utilizados nessa prática clínica.

Entre os pacientes classificados nas prioridades clínicas I e II, as queixas mais frequentes foram dispneia e dor. Consequentemente, entre os 14 diferentes fluxogramas identificados, os mais frequentes foram Dispneia em adulto, Mal estar em adulto e Dor torácica, seguidos de 16 discriminadores, entre os prevalentes Dor precordial ou cardíaca, Sat O2 muito baixa, Respiração inadequada, Pulso anormal e Déficit neurológico agudo.

Entre os diagnósticos de enfermagem reais, os mais prevalentes para esses pacientes foram Padrão respiratório ineficaz e Dor aguda. Quanto aos DEs de risco, os mais frequentemente selecionados foram Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz, Risco de quedas e Risco de Glicemia instável.

Houve associação significativa entre o discriminador Dor precordial ou cardíaca e os DEs Dor Aguda e Conforto Prejudicado. O discriminador Dor intensa associou-se significativamente ao DE Dor aguda. Os discriminadores Sat O2 muito baixa e Respiração inadequada associaram-se ao DE Padrão respiratório ineficaz. Pulso anormal associou-se ao DE Débito cardíaco diminuído, assim como Déficit neurológico agudo e Alteração súbita da consciência ao DE Negligência unilateral. Quanto aos diagnósticos de risco, houve associação significativa entre os discriminadores Déficit neurológico agudo e Convulsionando com o DE Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz, Hipoglicemia ao DE Risco de glicemia instável, assim como o discriminador Convulsionando associou-se significativamente ao DE Risco de quedas.

Conclui-se que as associações estatisticamente significativas encontradas entre os discriminadores do STM e os DE estabelecidos estão baseadas em uma adequada coleta de dados do paciente, embora estas sejam etapas executadas em momentos e com objetivos diferentes na emergência. Isso permite um julgamento clínico acurado, que subsidia os enfermeiros para a seleção rápida do cuidado a ser prestado na busca de melhores resultados, além de otimizar o tempo e organizar o trabalho na unidade, favorecendo a segurança do paciente.

Entende-se como fator limitante desta investigação a escassez de estudos no contexto nacional que abordem o STM e DEs nas áreas de urgência e emergência, o que acabou por restringir a discussão dos achados. Ressalta-se ainda haver necessidade de outros estudos envolvendo os discriminadores do STM e os DEs em outros contextos assistenciais, a fim de buscar novas possibilidades de associações e fortalecer os resultados apresentados.

Por fim, entende-se que o estudo permitiu conhecer melhor as características dos pacientes conforme a sua prioridade clínica para atendimento na emergência. Isso, por sua vez, pode auxiliar no planejamento das atividades e organização desses serviços, de modo a facilitar o estabelecimento de DEs prioritários e ações mais efetivas para melhores prognósticos.

7.1 Implicações para as práticas de ensino, pesquisa e assistência de enfermagem

Este estudo contribui para o aprofundamento do conhecimento de enfermagem na área de urgência e emergência, com dados que permitiram aproximar a teoria da prática, favorecendo as discussões sobre a temática e contribuindo para o desenvolvimento de habilidades para o julgamento clínico. A análise dos discriminadores do STM associado à etapa de DE favorece a enfermagem baseada em evidências, facilitando o aprendizado sobre a temática aos profissionais e estudantes.

Para a pesquisa de enfermagem, este estudo surge como uma nova possibilidade ou como subsídio para outras investigações, uma vez que foi o primeiro a ser realizado em ambiente clínico real envolvendo a temática sobre as possíveis associações entre os discriminadores do STM e os DEs da NANDA-I. Pensa-se que ele aponta para a necessidade de maior exploração do contexto, por exemplo, na área pediátrica, a fim de verificar novas associações e comparações.

Quanto às implicações para a assistência, é possível inferir que as associações testadas e que apontaram dados estatisticamente significativos favorecem o aprofundamento do conhecimento do enfermeiro e se mostram sob uma nova ótica para a busca da acurácia diagnóstica na emergência. Sugere-se ainda que as associações evidenciadas possam ser abordadas com o grupo de enfermeiros na forma de estudos clínicos, para despertar o interesse pela temática e desenvolver o PE com mais subsídios. Por fim, destaca-se que o PE é um dos grandes desafios da enfermagem em urgência e emergência, uma vez que para muitas

instituições a sua realização não é uma realidade concretizada. Acredita-se que para a sua implantação e implementação seja necessário o envolvimento, comprometimento, sensibilização e motivação das lideranças de enfermagem e dos enfermeiros assistenciais. Considera-se também, que a educação permanente, a implantação de grupos de estudos, pesquisas e discussões acerca do tema, assim como capacitações e avaliações quanto à operacionalização do PE são fundamentais para a concretização deste modelo metodológico aplicado à prática clínica.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 181-190, 2012.

ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. O processo de enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC. In: ALMEIDA, M. A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 23-40.

ALMEIDA, M.A. et al. Clinical indicators to monitor patients with risk for ineffective cerebral tissue perfusion. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 33, n. 1, p.155-163, 2015.

AZEREDO, T. R. M. et al. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. **International Emergency Nursing**. Oxford, v. 23, no. 2, p. 47-52, 2015.

BARRETO, R. F. et al. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 213-219, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral de Urgência e Emergência. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. 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.

_____. **Portaria n° 1600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília, 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 13 jun. 2013, Seção I, p. 59-62.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CANTO, D. F.; ALMEIDA, M.A. Resultados de enfermagem para padrão respiratório ineficaz e ventilação espontânea prejudicada em terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 137-145, 2013.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. A. L. M.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, nesp., p. 134-141, 2013.

CAVALCANTI, C. A. K.; ILHA, P.; BERTONCELLO, K. C. G. O cuidado de enfermagem a vítimas de traumas múltiplos: uma revisão integrativa. **UNOPAR Científica Ciência Biológicas da Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 81-88, 2013.

CHRIST, M. et al. Chest pain units or chest pain algorithm? **Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin**, Heidelberg, v. 109, n. 7, p. 495-503, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 423/2012**. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco. Rio de Janeiro: COFEN; 2012. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4394>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. **Resolução COFEN 311/2007**. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4394>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. **Resolução COFEN 358/2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de Enfermagem – SAE. Brasília, DF: COFEN; 2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 188-198, 2012.

CROSSETTI, M. G. O. et al. Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítico na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 732-741, 2009.

_____. Pensamento crítico e raciocínio diagnóstico. In: SILVA, E. R. R.; LUCENA, F. L. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 19-33.

_____. Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 55-60, 2014.

DAL PONTE, S. T. et al. Dor como queixa principal no serviço de pronto-atendimento do hospital municipal de São Pedro do Sul – RS. **Revista Dor**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 1345-1349, 2008.

DAL SASSO, G. T. M. et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para a associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. **Revista da Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 242-249, 2013.

DALLE, J.; LUCENA, A. F. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes durante sessões de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, p. 502-510, 2012.

DEL ZOPPO, G. J. et al. Expansion of the time window for treatment of acute ischemic stroke with intravenous tissue plasminogen activator: a science advisory from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, Baltimore, v. 40, no. 8, p. 2945-2948, 2009.

DINIZ, A. S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 312-320, 2014.

FELIX, N. N.; RODRIGUES, C. D. S.; OLIVEIRA, V. D. C. Desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto-atendimento. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 155-160, 2009.

FERREIRA, S. A. L.; ECHER, I. C.; LUCENA, A. F. Nursing diagnoses among kidney transplant recipients: evidence from clinical practice. **International Journal of Nursing Knowledge**, Malden, v. 25, no. 1, p. 49-53, 2014.

FITZGERALD, G. et al. Emergency department triage revisited. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 27, no. 2, p. 86-92, 2010.

FORSGREN, S.; FORSMAN, B.; CARLSTRÖM, E. D. Working with Manchester triage: job satisfaction in nursing. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 17, no. 4, p. 226-232, 2009.

GOMES, E. T. et al. Diagnósticos de enfermagem aplicados em um serviço de referência em emergências cardiológicas. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 3, n. 2, p. 16-24, 2014.

GONZALEZ, M.M. et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 101, n. 2, p. 105-113, ago. 2013.

GRÄFF, I. et al. The German version of the Manchester Triage System and its quality criteria: first assessment of validity and reliability. **Plos One**, San Francisco, v. 9, no. 2, p. 1-11, 2014.

GUEDES, H. M. et al. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 1, p. 37-44, 2014.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HERDMAN, T. H. Diagnósticos de enfermagem e sua relação com o raciocínio clínico. In: HERDMAN, T. H. (Org.). **PRONANDA – Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2013, p. 29-62.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Nursing diagnoses: definitions e classification**. 10th ed. Hoboken: Wiley Blackwell, 2014.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

LIMA, R. S.; CAMPOS, M. L. P. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma unidade de urgência e emergência. **Revista da Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p.659-664, 2011.

LUCENA, A. F; ALMEIDA, M. A. Classificações de enfermagem NANDA-I, NIC e NOC no processo de enfermagem. In: SILVA, E. R. R.; LUCENA, A.F. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 35-53.

LUNNEY, M. et al. **Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análise e estudos de caso em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LUZIA, M. F.; VICTOR, M. A. G.; LUCENA, A. F. Nursing diagnosis risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 262-268, 2014.

MADEIRA, D. B.; LOUREIRO, G. M.; NORA, E. A. Classificação de risco: perfil do atendimento em um hospital municipal do leste de Minas Gerais. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 3, n. 2, nov./dez. 2010.

MANCHESTER TRIAGE GROUP. **Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

MARIA, M. A; QUADROS, F. A. A; GRASSI, M. F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implementação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 297-303, 2012.

MARINI, M.; CHAVES, E. H. B. Evaluation of the accuracy of nursing diagnoses in a Brazilian emergency service. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Malden, v. 22, no. 2, p. 56-67, 2011.

MARTINS, H. M.; CUÑA, L. M.; FREITAS, P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? a study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. **Emergency Medical Journal**, Oxford, v. 26, no. 3, p. 183-186, 2009.

MARTINS, Q. C.; ALITI, G.; RABELO, E. R. Decreased cardiac output: clinical validation in patients with decompensated heart failure. **International Journal of Terminologies and Classifications**, Malden, v. 21, no. 4, p. 156-165, 2010.

MATA, L. R. F. et al. Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. **Revista da Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1512-1518, 2012.

MATIAS, C. et al. Triage de Manchester nas síndromes coronárias agudas. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, Lisboa, v. 27, n. 2, p. 205-216, 2008.

MONTEJANO, A. C.; VISSER, L. S. What is a triage nurse? **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 36, no. 1, p. 85-86, 2010.

MOORHEAD, S. et al. **Nursing Outcomes Classification (NOC): measurement of health outcomes**. 5th ed. Philadelphia: Elsevier, 2013

NANDA-INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

OLIVEIRA, D. M. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem nas complicações do diabetes *mellitus* em emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 520-525, 2014.

OLIVEIRA, G. N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 548-556, 2011.

PEREIRA, J. M. V. et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 737-745, 2011.

PINTO, D.; LUNET, N.; AZEVEDO, A. Sensibilidade e especificidade do Sistema de Manchester na triagem de doentes com síndrome coronária aguda. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, Lisboa, v. 29, n. 6, p. 961-987, 2010.

PINTO JUNIOR, D. ; SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. 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. 1041-1047, 2012.

PROVIDÊNCIA, R. et al. Importance of Manchester triage in acute myocardial infarction: impact on prognosis. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 28, no. 3, p. 212-216, 2011.

PRUINELLI, L. et al. Operacionalização do processo de enfermagem no HCPA. In: ALMEIDA, M. A. *et al.* **Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 53-62.

RIBEIRO, R. M. et al. Caracterização do perfil das emergências clínicas no pronto-atendimento de um hospital de ensino. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 533-538, 2014.

SALDANHA, E. A. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a prostatectomia: identificação da significância dos seus componentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 430-437, 2014.

SALGADO, P. O. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes numa unidade de emergência. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 3, p. 787-790, 2013.

SALLUM, A. M. C.; SANTOS, J. L. F.; LIMA, F. D. Diagnósticos de enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 3-10, 2012.

SALLUM, A. M. C.; SOUSA, R. M. C. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 256-262, 2012.

SCHEFFER, B. K.; RUBENFELD, M. G. Aconsensus statement on critical thinking in nursing. **Journal of Nursing Education**, Thorofare, v. 39, no. 8, p. 352-359, 2000.

SERBIM, A. K.; GONÇALVES, A. V. F.; PASKULIN, L. M. G. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 55-63, 2013.

SEVERO, I. M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em urgência e emergência. In: SANTOS, M. N.; SOARES, O. M. **Urgência e emergência na prática de enfermagem**. Porto Alegre: Mória, 2014, p. 289-310.

SILVA, G. L. Arritmias cardíacas na emergência. In: SANTOS, M. N.; SOARES, O. M. **Urgência e emergência na prática de enfermagem**. Porto Alegre: Moriá, 2014, p. 763-792.

SILVA, M. B. et al. Principais diagnósticos de enfermagem em situações de urgência e emergência: revisão sistemática. In: SIMPÓSIO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE: revelando novas fronteiras e tecnologias7., 2014. **Anais...** Porto Alegre: HCPA, 2014. p. 26.

SIMÃO, A. F. et al. I Diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia: resumo executivo. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 103, n. 5, p. 420-431, 2014.

SOARES, J. S. et al. Treatment of a cohort of patients with acute myocardial infarction and ST-segment elevation. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 92, n. 6, p. 464-471, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SOUZA, C. C. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do protocolo de Manchester. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1318-1324, 2013.

_____. Principais queixas de pacientes de urgência segundo o protocolo de classificação de risco de Manchester. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 6, n. 3, p. 540-548, 2012.

Disponível em:

<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2207/pdf_1013>.

Acesso em: 10 abr. 2013.

TODD, K.H. et al. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. **Journal of Pain**, Seattle, v.8, no. 6, p. 460-466, 2007.

TOMBERG, J. O. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.12, n. 1, p. 80-87, 2013.

APÊNDICE – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento de Coleta de Dados		
Nome:		Prontuário:
Data Chegada:		Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino
Data nascimento:	Hora da Chegada:	Hora da Classificação:
Queixa Principal Classificação de Risco:		
Sinais Vitais na Classificação de Risco		
Dor:	HGT:	
Temperatura:	Glasgow:	
FC:	ECG: () 1. Sim () 2. Não	
FR:	SATO2:	
PA:	Início Sintomas:	
Fluxograma Sistema de Triagem de Manchester:		
Discriminador:		Prioridade Clínica: () 1. Vermelho () 2. Laranja
Primeiro Atendimento Médico: () 1. Box da UV () 2. Box da UOL		
Encaminhamento: () 1. UV () 2. UOL () 3. UI		
Motivo da Internação		
Sinais e Sintomas/Fatores de Risco descritos na Anamnese e Exame Físico em Nota de Admissão		
Procedência (cidade):		
Nível de Escolaridade: () 1. Analfabeto () 2. Ensino fundamental incompleto () 3. Ensino fundamental completo () 4. Ensino médio incompleto () 5. Ensino médio completo () 6. Curso superior incompleto () 7. Curso superior completo () 8. Mestrado/ Doutorado () 9. Não Registrado		Morbidades: () 1. HAS () 2. DM () 3. Cardiovasculares () 4. Cerebrovasculares () 5. Respiratórias () 6. Endócrinas () 7. Neoplasias () 8. Renais/ Urinárias () 9. Hepáticas () 10. Digestivas () 11. Outras: _____
Diagnósticos de Enfermagem		Fator Relacionado/Fator de Risco
1.		1.
2.		2.
Desfecho do atendimento () 1. Transferência: _____ () 2. Óbito () 3. Alta Hospitalar		
Data: _____		

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 140145

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

AMÁLIA FÁTIMA LUCENA

LURDES BUSIN

BETINA FRANCO

Título: O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER COMO SUBSÍDIO PARA O
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 17 de abril de 2014.

Prof. Eduardo Pandolfi Passos
Coordenador GPPG/HCPA

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO COM A UTILIZAÇÃO DE DADOS



Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto	Cadastro no GPPG
O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER COMO SUBSIDIO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 19 de dezembro de 2013.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Amália de Fátima Lucena	
Betina Franco	