

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS**

**KELLY CRISTINA MILIONI**

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES TRIADOS POR CRITÉRIOS DE  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

**Porto Alegre  
2007**

**KELLY CRISTINA MILIONI**

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES TRIADOS POR CRITÉRIOS DE  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL  
DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentando ao curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para aquisição do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof. Dra. Maria da Graça O. Crossetti

**Porto Alegre**

**2007**

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus e aos mentores espirituais pela luz e proteção, por me concederem à graça de evoluir no meu conhecimento intelectual e espiritual e por terem colocado à enfermagem no meu caminho, como missão para ajudar as pessoas necessitadas.

Agradeço a minha Professora Orientadora, Maria da Graça Oliveira Crossetti pelas horas de dedicação, pelo apoio, confiança e estímulo durante a elaboração deste trabalho. Aos demais mestres pelos ensinamentos durante minha caminhada na enfermagem, aos colegas por estarem sempre ao meu lado auxiliando no que fosse necessário e aos pacientes pela entrega e confiança. Aos enfermeiros e técnicos de enfermagem da Emergência do HCPA pelo carinho, dedicação, amizade e companheirismo nesses dois anos de trabalho.

Agradeço aos meus pais Antonio e Vera pela confiança, dedicação e pelo apoio nos momentos de dificuldade da minha trajetória acadêmica. As minhas irmãs Karoline e Greyce obrigada pelo amor e carinho de vocês. Por fim um agradecimento especial a uma pessoa.... Diego “Eu sei que vou te amar, por toda minha vida, eu vou te amar, em cada despedida, eu vou te amar, desesperadamente, eu sei que vou te amar.”

Nascestes no lar que precisava,  
Vestiste o corpo físico que merecias,  
Moras onde melhor Deus te proporcionou, de acordo  
com teu adiantamento.  
Possuis os recursos financeiros coerentes com as tuas  
necessidades, nem mais, nem menos, mas o justo para  
tuas lutas terrenas.  
Teu ambiente de trabalho é o que elegeste  
espontaneamente para tua realização.  
Teus parentes, amigos, são as almas que atraíste, com  
tua própria afinidade.  
Portanto teu destino está sob teu controle.  
Tu escolhes, recolhes, eleges, atraís, buscas, expulsas,  
modificas tudo aquilo que te rodeia a existência.  
Teus pensamentos e vontade são as chaves de teus atos  
e atitudes, são as fontes de atração e repulsão na tua  
jornada e tua vivência.  
Não reclames, nem te faça de vítima.  
Antes de tudo analisa e observa.  
A mudança está em tuas mãos.  
Reprograma a tua meta.  
Busca o bem e viverás melhor.

Benção de Chico Xavier

## RESUMO

O setor de classificação de risco nos serviços de emergência constitui um campo de atuação para os enfermeiros avaliarem os pacientes quanto a gravidades dos seus problemas. Devido à grande demanda por atendimento nesses serviços, este estudo teve por objetivo geral caracterizar os pacientes triados por critérios de classificação de risco no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, e específicos verificar as características dos pacientes que tem acesso ao setor segundo variáveis demográficas (idades, sexo, escolaridades, procedência), queixas principais e sinais e sintomas, verificar se existe correlação entre essas variáveis e os critérios de classificação de risco, identificar o nível de gravidade e o desfecho dos pacientes atendidos no setor. Constitue-se de uma pesquisa descritiva exploratória prospectiva com abordagem quantitativa dos dados. O estudo foi desenvolvido no setor de Classificação de Risco no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA. Os dados foram coletados através da análise das Quarys, emitidas no setor pelo sistema informatizado “prontuário on-line” dos boletins de atendimentos realizados pela equipe de enfermagem. O projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA/GPPG. Definiu-se estatisticamente a mostra de 384 sujeitos, considerando um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%. Concluiu-se que: 65,6% (252) sujeitos são oriundos de Porto Alegre/RS; 45,3% (174) pertencem ao sexo feminino, onde prevaleceu a faixa etária entre 51 a 70 anos 32,2% (124) sujeitos da amostra; a queixa de dor prevaleceu em 70,8% (272) dos sujeitos do estudo; a prevalência na procura por assistência no serviço de emergência, foi entre as mulheres; quanto aos critérios de risco a prevalência foi de sujeitos com risco intermediário, ou seja, de cor amarela, onde o atendimento deve ser no máximo em 1 hora e que a faixa etária prevalente no setor de triagem foi a de idosos acima de 60 anos de idade correspondendo a 39,5% (152) dos sujeitos do estudo.

**Descritores:** Enfermagem em emergência, triagem, classificação, acolhimento e humanização.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Caracterização da amostra dos sexos quanto à idade. ....	24
Tabela 2 – Caracterização da amostra quanto idade superior a 60 anos. ....	25
Figura 1 – Caracterização da amostra quanto o sexo.....	26
Tabela 3 – Caracterização da amostra quanto à escolaridade. ....	27
Figura 2 – Caracterização da amostra quanto à procedência.....	28
Tabela 4 – Caracterização da amostra quanto às dez queixas principais mais prevalentes.....	29
Tabela 5 – Caracterização da amostra quanto aos dez sinais e sintomas mais prevalentes. ....	31
Tabela 6 – Caracterização da amostra quanto aos critérios de classificação de risco relacionado ao sexo.....	32
Quadro 1 - Teste estatístico de significância $X^2$ (Qui-quadrado) para associação entre a variável sexo e os critérios de classificação de risco.....	32
Tabela 7 – Caracterização da amostra quanto aos critérios de classificação de risco relacionado à média de escolaridade.....	34
Quadro 2 - Teste estatístico de significância $X^2$ (Qui-quadrado) para associação entre a variável escolaridade e os critérios de classificação de risco.....	34
Tabela 8 – Caracterização da amostra quanto aos critérios de classificação de risco relacionado com a procedência. ....	36
Quadro 3 - Teste estatístico de significância $X^2$ (Qui-quadrado) para associação entre a variável procedência e os critérios de classificação de risco.....	36
Tabela 9 – Caracterização da amostra quanto ao desfecho dos pacientes.....	38

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
<b>3.1</b>	<b>Humanização.....</b>	<b>12</b>
<b>3.2</b>	<b>Emergência.....</b>	<b>13</b>
<b>3.3</b>	<b>Acolhimento .....</b>	<b>14</b>
<b>3.4</b>	<b>Classificação de Risco.....</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo .....</b>	<b>20</b>
<b>4.2</b>	<b>Campo de Estudo.....</b>	<b>20</b>
<b>4.3</b>	<b>População e Amostra.....</b>	<b>21</b>
<b>4.3.1</b>	<b>Critérios de Inclusão .....</b>	<b>21</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Critérios de Exclusão .....</b>	<b>21</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de Dados .....</b>	<b>21</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise dos Dados .....</b>	<b>22</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>42</b>
	<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>45</b>
	<b>ANEXO A: PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR CORES PADRONIZADAS PELO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA ...</b>	<b>46</b>
	<b>ANEXO B: TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS.....</b>	<b>47</b>
	<b>ANEXO C: SOLICITAÇÃO DE ACESSO AO SISTEMA INFORMATIZADO (AGH) ...</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Com o aumento da procura pelo atendimento nos hospitais da rede pública e como consequência à superlotação nos setores de emergência, dificultando a prestação e o acesso aos serviços de saúde à população, o Estado adotou um novo modelo de assistência, priorizando qualificar e humanizar através da criação da Política Nacional de Humanização – PNH que compreende o programa Humaniza SUS (BRASIL, 2004).

A PNH - HumanizaSUS prioriza a implantação nos serviços públicos dos setores de Acolhimento, Triagem e Classificação de Risco nas Unidades de Emergência, com o intuito de reorganizar e agilizar o processo de assistência com qualidade aos pacientes atendidos pelo SUS (BRASIL, 2004).

Como política, a humanização deve, portanto, traduzir os princípios do SUS e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, os diferentes profissionais, as diversas unidades e serviços de saúde e as instâncias que constituem o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2005). É neste ponto indissociável que a humanização se define com o aumento do grau de co-responsabilidade dos diferentes profissionais que constituem a rede do SUS.

Nesse contexto o cuidado humanizado tem sido o alvo de discussões nas diferentes áreas da saúde, devido à busca de estratégias para melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes pelos serviços de saúde.

De forma a atender as novas diretrizes da PNH o Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA reestruturou seu Serviço de Emergência implantando em agosto de 2005 os setores de Acolhimento e Classificação de Risco dos pacientes por triagem. Isso pressupôs a redefinição da área física, das competências profissionais, bem como o estabelecimento de Protocolos Assistenciais. Assim, o principal objetivo deste é garantir uma melhor qualidade na assistência, pela padronização do atendimento, priorizar o paciente grave e suas condições de saúde ou de risco de vida.

Atualmente, a Emergência do HCPA conta com um setor de Acolhimento, onde os pacientes são recebidos de forma acolhedora preconizado pelo Programa de Humanização e Qualidade do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS/QualiSUS), devendo o local, apresentar ambiência e ausência de vidros ou grades de separação, de modo que a área física possibilite a interação entre o acolhedor e o paciente. Após serem recebidos no acolhimento, 30% dos

pacientes são encaminhados para outros serviços. Os demais pacientes são encaminhados ao setor de Classificação de Risco onde é realizado exame físico de enfermagem sumário com verificação dos sinais vitais incluindo oximetria e glicemia capilar, se necessário, e após é determinado o tempo para o atendimento médico através de cores de classificação: atendimento imediato (cor roxa), atendimento em até dez minutos (cor vermelha), atendimento em até uma hora (cor amarela) e atendimento em até seis horas (cor verde), ou ainda pode ser dado o encaminhamento adequado a outro serviço interno ou externo conforme necessidade do paciente e julgamento do enfermeiro de acordo com os Protocolos Assistenciais (MOARIS *et al*, 2007).

O desenvolvimento de *software* para a Triagem e Classificação de Risco do HCPA, trouxe a agilidade necessária para o processo. Além de sugerir a cor da classificação do paciente, já disponibiliza os horários de consulta e, hoje, é a própria enfermeira triadora que define o horário do atendimento do paciente, garantindo assim, o atendimento pela gravidade. Além disso, esse *software* armazena todos os registros dos sinais vitais coletados na triagem, no prontuário eletrônico do paciente, possibilitando a continuidade do tratamento, por meio do acesso desses dados pelos profissionais de saúde.

As mudanças na área física garantiram espaços mais confortáveis, equipados para a espera do atendimento de acordo com o grau de risco por meio da informatização das informações relativas à identificação dos pacientes e sobre tudo dos critérios de classificação de risco em que se enquadraram, visando agilizar e qualificar o atendimento, promovendo assim, a humanização na assistência.

A motivação para realização desse estudo surgiu em função do desejo em aprofundar meus conhecimentos sobre a caracterização destes pacientes que procuram o Serviço de Emergência do HCPA e também pela forma inovadora de prestar assistência e promover saúde à população.

A relevância para a realização deste estudo reside no fato de que, na medida em que conhecer a população atendida poderá contribuir para o aprimoramento do cuidado de enfermagem na classificação de risco, podendo assim, criar protocolos para melhoria do atendimento aos usuários, agilizando o processo de trabalho dos profissionais que ali atuam, atendendo com resolutividade os problemas de saúde dos pacientes, minimizando uma das principais queixas, ou seja, a superlotação e demora no atendimento.

Neste contexto, considerando o período de implantação Protocolo de Classificação de Risco na Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA em agosto de 2005, acredita-se ser relevante um estudo sobre a Caracterização dos Pacientes que acessam a Triagem do Serviço de Emergência do HCPA.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Caracterizar os pacientes adultos que tem acesso à Triagem e Classificação de Risco na Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Verificar as características dos pacientes que tem acesso ao Setor de Triagem segundo variáveis demográficas: idade, sexo, escolaridade, procedência, queixas principais e variáveis epidemiológicas: sinais e sintomas.
- b) Verificar se existe associação entre as variáveis demográficas e os critérios de Classificação de Risco no Serviço de Emergência do HCPA.
- c) Identificar o nível de gravidade dos pacientes que procuram o Serviço de Emergência do HCPA de acordo com os critérios de Classificação de Risco, adotados pelo Serviço.
- d) Verificar qual o desfecho dos pacientes atendidos no setor de triagem.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Humanização

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi criado em 1999, pela Secretária da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, com os objetivos de melhorar a qualidade e a eficiência da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar, capacitar os profissionais dos hospitais para um conceito de atenção à saúde baseado na valorização da vida humana. Em 2003, o Ministério da Saúde definiu sete áreas prioritárias de atuação, sendo uma delas a Humanização do Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS. (BRASIL, 2004).

De acordo com as Diretrizes gerais para a implementação da Política Nacional de Humanização, cabe aos Serviços de Emergência (BRASIL, 2005):

1. Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referente aos demais níveis de assistência.
2. Comprometer-se com a referência e a contra-referência, aumentando a estrutura da Emergência, promovendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários.
3. Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

Tematizar a humanização do cuidado abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção de políticas de saúde (BRASIL, 2004). A busca pela implementação de uma assistência humanizada tem sido um constante desafio para os profissionais de saúde, em específico por aqueles que atuam em Serviços de Emergência, os quais não favorecem a prestação de um cuidado mais humanizado devido à sua natureza, a constante superlotação do serviço e a característica do atendimento (NUNES, 2004).

A Organização Pan-Americana da Saúde afirma que “a saúde e o bem estar das pessoas ao redor do mundo dependem muito do desempenho dos serviços de saúde”. Refere ainda, que mesmo com os avanços significativos, os países, em sua maioria, ainda utilizam mal os recursos disponíveis para saúde (BRASIL – OPAS, 2006).

O processo de cuidado humanizado visa valorizar a dimensão subjetiva e os fatores sociais e emocionais, fortalecendo o compromisso e a importância para o atendimento como um todo aos usuários do Serviço de Emergência do HCPA.

### **3.2 Emergência**

Emergência em Latin – *emergentia*; *significa* ocorrência perigosa, situação crítica ou necessidade imediata. Os serviços de emergência foram criados para avaliar e manejar pacientes doentes e com mal-estar nas primeiras etapas da crise e sua maior ênfase deve ser na identificação e tratamento de manifestações de doenças que precedam ações de tratamento intensivo. Neste contexto de multiplicidade de funções, manter e ampliar a qualidade dos serviços é uma preocupação permanente (NASI *et al*, 2005).

Segundo Smeltzer e Bare (2002), Emergência refere-se ao cuidado fornecido aos pacientes com necessidades urgentes e críticas. No entanto, como muitas pessoas não têm acesso aos cuidados primários, o serviço de emergência é cada vez mais utilizado para problemas não-urgentes. Dessa maneira, a filosofia do tratamento de emergência ampliou-se para incluir o conceito de que uma Emergência é aquilo que o paciente ou família considera como tal.

O atendimento imediato do paciente pela equipe de saúde da emergência consiste em reconhecer rapidamente as condições que colocam em risco de vida, adotando atitudes que determinem as melhores chances de sobrevivência com o menor número de seqüelas. Assim, o enfermeiro como elemento desta equipe deve assumir um papel de liderança no atendimento neste ambiente de cuidado, mantendo a calma da equipe, organizando os processos assistências, priorizando situações de risco e orientando outros profissionais envolvidos no atendimento (NASI *et al*, 2005).

A avaliação de pacientes que procuram um serviço de emergência não é tarefa fácil para os profissionais de saúde, em especial da enfermagem, que mantém o primeiro contato com os pacientes a sua chegada ao serviço. Deve-se priorizar o atendimento de pacientes em um ambiente muitas vezes cercado por fatores estressantes, e simultaneamente, saber atender casos de alta e baixa complexidade.

Neste contexto, os profissionais de saúde da emergência devem ter uma educação especializada, treinamento e experiência para estarem aptos a avaliar e identificar problemas de cuidados de saúde nos pacientes em situação de crise. Os serviços de emergência têm como

desafio prestar uma assistência com qualidade em um ambiente geralmente estressante e tumultuado.

Assim, a enfermeira do setor estabelece prioridades, monitoriza e avalia continuamente os pacientes agudamente doentes e lesados, apóia e auxilia as famílias, supervisiona o pessoal de saúde e ensina os pacientes e famílias dentro de um ambiente de cuidados sob elevada pressão e tempo limitado (SMELTZER E BARE, 2002).

O aumento da demanda do serviço de emergência tem sido percebido nas últimas duas décadas. Muitas vezes o serviço de emergência é utilizado para suprir carência de outros recursos assistenciais. Segundo Pires 2003, algumas vezes os pacientes procuram atendimentos em outros serviços de saúde, porém não encontram a ajuda necessária, e muitas vezes chegam já em estado avançado de descompensação, exigindo um tratamento invasivo nos serviços de emergência. Pires ressalta ainda que muitas vezes, o indivíduo é vítima do sistema, que não lhe fornece recursos adequados para sua assistência. Porém observa-se também, que mesmo em situações em que os pacientes têm acesso a outros serviços, na maioria das vezes preferem o serviço de emergência.

Algumas razões apontadas para o aumento da demanda nos serviços de emergência são: redução do número de leitos para internação, falta de acesso à assistência, aumento da complexidade e gravidade dos pacientes que procuram o serviço e falta de recursos alternativos disponíveis (PIRES, 2003).

O cuidado na emergência é caracterizado como um trabalho complexo que necessita de ações técnicas, científicas que considerem a intersubjetividade, pois se lida com dor e sofrimento dos pacientes e suas famílias. Vê-se, pois, a importância dos setores de Acolhimento e de Triage nas Unidades de Emergência.

### **3.3 Acolhimento**

O acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários no âmbito hospitalar (MERHY *et al*, 1994). O encontro entre esses sujeitos se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilidade, a partir do que se constituem vínculo e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço permite que o profissional de saúde utilize sua principal tecnologia, o

saber, tratando o paciente como sujeito portador e criador de direitos, O objetivo da intervenção seria o controle do sofrimento ou a produção de saúde (MERHY, 1997).

Considerando a importância deste serviço, constata-se que os usuários procuram os Serviços de Emergência / Prontos Atendimento para resolução de seus problemas de saúde, independente de sua gravidade. Ludwig, 2004 (*apud* MARQUES)<sup>1</sup> cita também que os mesmos acessam os serviços de acordo com suas prioridades e onde existe maior facilidade, o que muitas vezes, não coincide com a missão da instituição e com as prioridades dos trabalhadores que lá estão.

Segundo a PNH, o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas queixas e assumindo uma postura capaz de escutar e acolher. Implica oferecer um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando quando necessário usuário e família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004).

O acolhimento é a forma como o serviço se organiza para receber seus usuários e responder a sua demanda, apoiando-se em processos educativos em saúde no sentido de construir uma relação diferente (SOUZA, 2003).

Com as mudanças necessárias no Serviço de Emergência do HCPA para a implantação do cuidado humanizado, uma delas foi à definição do perfil e competência do Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, para se integrarem dentro dos princípios do Cuidado Humanizado.

- a) Perfil do Enfermeiro e do Técnico de Enfermagem no Acolhimento e Triagem: educação, paciência, tolerância, habilidade na comunicação, competência técnica para avaliar/analisar as condições de risco dos pacientes (sinais e sintomas evidentes), conhecimento dos recursos da comunidade (mediante orientação) e habilidade no contato com o público.
- b) Competências do Enfermeiro no Acolhimento: supervisionar o setor quanto à dinâmica do processo de trabalho do enfermeiro e do técnico de enfermagem, orientar o técnico de enfermagem sempre que necessário.

---

<sup>1</sup> MARQUES, G. Q. **Demandas do pronto atendimento e os processos de trabalho em serviço de porta aberta**. 131f. Monografia (Mestrado de Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2004.

- c) Competências do Técnico de Enfermagem no Acolhimento: entrevistar o paciente de forma breve sobre o motivo da procura ao serviço, registrar no sistema os dados da entrevista, encaminhar para identificação junto às secretárias administrativas e para triagem de risco, encaminhar para outros serviços de saúde ou ambulatórios do HCPA e fornecer por escrito a relação de opções de serviços de atendimentos SUS na comunidade.

### **3.4 Classificação de Risco**

Triagem palavra de origem francesa, que na língua portuguesa significa “selecionar, escolher ou pegar” (TRIAGEM, 2001). A principal finalidade do serviço de triagem nas emergências dos hospitais públicos é escolher quais pacientes devem ter na prioridade no atendimento, ou seja, fazer com que os pacientes mais graves sejam atendidos primeiro.

A classificação de risco é um processo utilizado em situações onde a emergência ultrapassa a capacidade de resposta da equipe de socorro. É utilizado para alocar recursos e hierarquizar o atendimento de pacientes de acordo com um sistema de prioridades, de forma possibilitar o atendimento nos serviços de emergências (CHAVES, 1987).

Para que a triagem seja efetiva, deve-se existir um equilíbrio entre o número de pacientes para o atendimento e a absorção do serviço, deve-se aplicar um processo de seleção de casos (RODRIGUES, 1992).

O serviço de classificação dos pacientes tem como objetivo realizar a avaliação inicial de pacientes que procuram o serviço de emergência, e surgiu para minimizar os efeitos do aumento da demanda.

A classificação de pacientes através da triagem pode garantir acesso mais rápido de pacientes graves ao serviço, porém, mesmo em casos em que a demanda não seja excessiva, pode contribuir para aumentar a satisfação do cliente e diminuir sua ansiedade enquanto aguarda atendimento (PIRES, 2003).

Dessa forma, a triagem no serviço de emergência não tem a finalidade de excluir ou rejeitar os usuários, mas sim, de organizar o fluxo de pacientes no serviço e selecionar os meios adequados para o melhor atendimento destes. Como consequência espera-se otimização dos tempos e recursos utilizados, uma racionalização quanto à acessibilidade e fluxos internos e,

principalmente, o aumento da resolutividade dos serviços e a satisfação do usuário e da equipe de saúde.

As premissas básicas do atendimento na triagem hospitalar são as garantias e qualidade da assistência prestada e da segurança, por meio da priorização dos pacientes pelo seu risco e a humanização do atendimento. (MOARIS *et al*, 2007).

O setor de Classificação e Avaliação de Risco nas emergências públicas consiste em avaliar os pacientes e classificá-los por meio de uma das quatro cores selecionadas para identificar os perfis de gravidade dos pacientes. Esse instrumento proporcionou a garantia da padronização do atendimento através do índice de gravidade detectado pelo Enfermeiro, na avaliação do paciente.

O protocolo é um regime interno da instituição que visa padronizar e melhorar as práticas assistências e define, além do risco, o tempo que o paciente pode esperar e a qual área do serviço será encaminhada.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, uma instituição comprometida com a prestação de assistência de qualidade, possui um Serviço de Emergência que é referência no Estado para o atendimento a pacientes de alta complexidade. Esse serviço, por meio de ações como a implantação do Protocolo Assistencial de Classificação de Risco, resultou em indicadores de melhoria da qualidade assistencial.

Procurando dar eficiência e eficácia aos processos de acolhimento e triagem o serviço de emergência do HCPA, através das áreas médica, enfermagem e administrativa sistematizaram o atendimento aos pacientes, o que se expressa no Protocolo Assistencial abaixo e que consta como anexo (ANEXO A) neste estudo.

Triagem de pacientes:

1. Atendimento imediato, classificado pela cor ROXO: BOX M

- Parada Cardiorespiratória
- Instabilidade Hemodinâmica – Choque
- Insuficiência Respiratória Severa
- Coma
  - PA inaudível
  - FR < 10mrpm

- Cianose central
  - Pulso carotídeo impalpável
  - Oximetria < 80%
  - FC < 50bpm com sintomas
  - FC > 150bpm
  - Alteração do sensório
  - Convulsão prolongada
  - Agitação psicomotora severa
2. Atendimento em 10 minutos, classificado pela cor VERMELHO
- UV: Sinais de alerta para:
    - Síndrome Coronariana Aguda
    - Acidente Vascular cerebral
    - Embolia pulmonar
    - Aneurisma Roto
  - CONSULTÓRIO: Sinais vitais
    - PAS > 200mmHg
    - PAS < 90mmHg
    - Oximetria de pulso 80-90%
    - FR > 30mrpm
    - Escala de dor 8-10
    - HGT > 300 com febre, confusão mental e vômitos
3. Atendimento em até 1hs, classificado pela cor AMARELO
- Risco intermediário (estável mais sem critérios de alta)
    - TAX > 38°C
    - TAX > 37,5°C em imunodeprimido
    - Hematêmese / Melena
    - Hemoptise / Epistaxe
    - Vômitos / Diarréia com desidratação
    - Paciente renal crônico em diálise
    - Reação alérgica disseminada
    - Retenção urinária aguda

4. Atendimento em até 6hs, classificado pela cor VERDE

- Risco baixo
  - Sinais vitais estáveis com condições de alta
  - Consulta com hora marcada
  - Encaminhamento a outros serviços da rede básica de saúde

O objetivo a ser buscado e alcançado nessa experiência é à criação de condições a priorização do atendimento a pacientes graves, possibilitando há esses uma assistência de maior segurança, conforto e qualidade, desde a sua chegada ao setor até as diferentes etapas do processo (MOARIS *et al*, 2007).

## **4 METODOLOGIA**

O presente trabalho teve sua metodologia dividida em 6 (seis) etapas para sua melhor apresentação, que segue tipo de estudo; campo de estudo; população e amostra; coleta de dados; análise dos dados e aspectos éticos.

### **4.1 Tipo de Estudo**

O presente estudo é caracterizado com pesquisa descritiva exploratória prospectiva com abordagem quantitativa dos dados. A combinação de um estudo descritivo com o método quantitativo tem um caráter complementar. A abordagem quantitativa dos dados pode ser feita através de diferentes formas matemáticas, sendo que as mais usadas são os métodos estatísticos.

Tendo em vista a adoção de critérios de classificação de acordo com sua finalidade, temporalidade, profundidade e medida, a investigação educativa contempla fins expositores sem esgotar de uma vez determinado tema (POLIT; HUNGLER, 1995).

Conforme Gil (2002), a pesquisa exploratória proporciona maior envolvimento com o problema, tem o objetivo de tornar o próprio mais claro ou possibilitar o estabelecimento de hipótese através do levantamento bibliográfico do assunto pesquisado.

### **4.2 Campo de Estudo**

A pesquisa foi desenvolvida no setor de Triagem e Classificação de Risco do Serviço de Emergência Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – HCPA/UFRGS. Este serviço tem como característica o atendimento de pacientes em situação de emergência.

Devido às características de dinamismo e hierarquização do atendimento ao paciente de acordo com suas prioridades que o setor de classificação de risco apresenta, observou-se a importância da realização deste estudo tendo em vista que se trata da porta de entrada do serviço e concentra os pacientes que serão atendidos nos demais setores desta unidade, sejam eles: Sala de Procedimento Adulto (SPA), Sala de Observação Adulto (SOA), Sala de Procedimento

Pediátrica (SPP), Sala de Observação Pediátrica (SOP), Unidade Vascular (UV), onde o atendimento é feito pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem e equipe médica.

Este serviço presta assistência a pacientes com patologias clínicas, cirúrgicas, ginecológicas, cardiovasculares e pediátricas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com uma média de atendimento – 120 (cento e vinte) pacientes/dia. A população, em sua maioria, é procedente de Porto Alegre e de municípios próximos.

### **4.3 População e Amostra**

Para o presente estudo, foram considerados os pacientes adultos que receberam atendimento no setor Triagem do HCPA no período de 01 de setembro a 14 de outubro de 2007. O cálculo do tamanho da amostra foi estabelecido junto com o estatístico do GPPG/HCPA, sendo que partiu-se da média de atendimentos de pacientes no serviço de emergência, qual seja de 120 (cento e vinte) pacientes/dia. Logo, definiu-se que a amostra seria de 384 (trezentos e oitenta e quatro) sujeitos estatisticamente definidos, considerando um nível de confiança de 95% (noventa e cinco por cento) e uma margem de erro de 5% (cinco por cento). A amostra será do tipo intencional.

#### **4.3.1 Critérios de Inclusão**

Pacientes adultos atendidos no setor de Triagem e Classificação de Risco do Serviço de Emergência do HCPA, pela equipe de enfermagem.

#### **4.3.2 Critérios de Exclusão**

Pacientes que após serem avaliados pelo enfermeiro na Classificação de Risco, não preencherem os critérios para atendimento, sendo encaminhados à Rede Básica de Saúde.

### **4.4 Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada através da análise das Quarrys, emitidas no setor pelo Sistema Informatizado dos boletins de atendimento realizados pela equipe de enfermagem, nos quais constam os dados referentes à triagem dos pacientes e a classificação dos mesmos quanto

ao risco. Para a coleta dos dados no sistema, foi utilizado um instrumento de coleta de dados estruturado conforme a necessidade dos objetivos propostos (APÊNDICE A). Este instrumento compreende dados de identificação do paciente (sexo, idade, prontuário, escolaridade e procedência); queixa principal; sinais e sintomas; encaminhado, critérios de classificação de risco (roxo, vermelho, amarelo e verde) e o desfecho desses pacientes para o Box de urgência (Box M), Sala de Observação Adulto (SOA), Sala de Procedimentos (SP), Unidade Vascular (UV) e outros como ambulatórios e posto de saúde.

#### **4.5 Análise dos Dados**

Após a coleta, os dados foram organizados em Planilha Excel e analisados pelo programa de análise estatística, SPSS, que relaciona frequências absolutas e relativas, com o cálculo dos intervalos de confiança de 95% (noventa e cinco por cento). Após, foi aplicado o teste estatístico de significância  $X^2$  (qui-quadrado) para se verificar associação entre as variáveis demográficas e os critérios de Classificação de Risco.

Por fim, para a análise da discussão dos resultados, foi considerado o referencial teórico pertinente aos objetivos do estudo.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

Para a elaboração do presente estudo, foi respeitado os alguns princípios éticos. Inicialmente foi assinado pelo pesquisador responsável o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (ANEXO B) para manuseio de prontuário, onde este se compromete a manter o anonimato e o sigilo dos dados dos pacientes, bem como, a Solicitação de Acesso ao Sistema Informatizado – AGH (ANEXO C), para utilizar as informações coletadas do sistema exclusivamente para fins científicos.

Os instrumentos permanecerão em poder da pesquisadora, e, passados 5 (cinco) anos do término do estudo, os mesmo serão destruídos conforme Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Regional de Saúde (BRASIL, 1996).

O projeto: 07-327 (Caracterização dos pacientes triados por critérios de classificação de risco no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre) foi submetido e

aprovado pelo Comitê de Ética da instituição campo de estudo - Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - GPPG/HCPA (ANEXO D).

As questões éticas serão preservadas conforme legislação dos direitos autorais lei número 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, de forma que os autores consultados serão referenciados e respeitados no texto.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados da pesquisa foram analisados através de estatística descritiva e programa SPSS. Em atenção à problemática do estudo e seus objetivos de verificar as características dos pacientes que tem acesso ao setor de Triagem e Classificação de Risco, segundo variáveis demográficas (idade, sexo, escolaridade, procedência, queixas principais, sinais e sintomas); verificar se existe associação entre as variáveis demográficas e os critérios de classificação de risco; identificar o nível de gravidade dos pacientes que procuram o serviço de emergência do HCPA de acordo com os critérios de classificação de risco adotados pelo serviço e verificar qual o desfecho dos pacientes atendidos. Assim, se busca neste capítulo apresentar e discutir os resultados a luz do referencial teórico pertinente.

Tabela 1 – Caracterização da amostra dos sexos quanto à idade.

IDADE	AMOSTRA		TOTAL	
	F	%	F	%
14 – 30	65	16,9	65	16,9
31 – 50	107	27,9	107	27,9
51 – 70	124	32,2	124	32,2
70 – 90	84	21,9	84	21,9
≥ 91	04	1,0	04	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>384</b>	<b>100,0</b>	<b>384</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Milioni, K.C. Coleta de dados no Serviço de Emergência do HCPA. Set – Out/2007.

A tabela 1 evidencia-se que quanto à idade a prevalência foi na faixa etária de 51 – 70 anos, correspondendo a 32,2% (124) sujeitos da amostra, seguido da faixa etária de 31 – 50 anos, representando 27,9% (107) indivíduos. Destaca-se no estudo a frequência de 4 (quatro) pacientes com idade superior ou igual a 91 anos. Nota-se que houve maior procura pelo serviço de emergência pelos sujeitos da faixa etária de 51 – 70 anos, estes resultados vão ao encontro com o de Almeida, (1999), onde cita que o envelhecimento da população traz, como uma de suas conseqüências, um aumento na prevalência dos problemas de saúde característicos do idoso, tais como doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, doenças reumatológicas, entre outras. Estes dados suscitam a necessidade de pensarmos em uma investigação em relação aos motivos que levaram esses indivíduos dentro da faixa etária em destaque a buscarem um serviço de emergência. Neste contexto, identifica-se também o estudo de Janner (2006), que ao avaliar a dor

através da escala de categoria numérica em pacientes adultos num serviço de emergência, conclui-se que 38,4% (83) sujeitos da amostra pertenciam à faixa etária de mais de 54 anos.

Tabela 2 – Caracterização da amostra quanto idade superior a 60 anos.

IDADE	AMOSTRA		TOTAL	
	F	%	F	%
<b>60 – 70</b>	64	16,6	64	16,6
<b>71 – 80</b>	61	15,8	61	15,8
<b>81 – 90</b>	23	5,9	23	5,9
<b>≥ 91</b>	04	1,0	04	1,0
<b>TOTAL</b>	152	39,5	152	39,5

Fonte: Milioni, K.C. Coleta de dados no Serviço de Emergência do HCPA. Set – Out/2007.

Ao se procurar distribuir os sujeitos com idade superior a 60 anos, observou-se conforme demonstrado na tabela 2, que 64 pacientes tinham idade superior ou igual há 60 anos, o que confere percentual de 16,6% da amostra. Neste sentido conclui-se que 39,5% de sujeitos deste estudo são idosos. A população brasileira com 60 anos ou mais cresceu três vezes mais do que a média nacional nos últimos cinco anos. É o que pode ser constatado na comparação dos dados de 2000 e 2005 do INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE, 2005). Neste período, o número de idosos subiu de 14,5 milhões para 18,2 milhões, uma elevação de 25,5%. Ao mesmo tempo, a quantidade de brasileiros aumentou 8,6%, passando de 169,8 milhões para 184,4 milhões. Com esse aumento diferenciado, a representatividade das pessoas com 60 anos ou mais em relação à população total passou de 8,6% para 9,9. O aumento da população idosa, segundo consta no documento, é resultado da baixa taxa de fecundidade na população e também da redução da mortalidade em idades avançadas. De fato, estima-se que nos próximos 25 anos o número de idosos vivendo no Brasil deverá praticamente duplicar, estabelecendo de forma definitiva uma verdadeira revolução demográfica em um país que, até pouco tempo, era considerado jovem. Estes dados vêm ao encontro dos achados no estudo realizado por Ramos (1987), onde se constatou que chegaremos ao ano 2025 com uma população de cerca de 34 milhões de pessoas acima de 60 anos, uma população maior do que a de qualquer Estado brasileiro na atualidade. Os idosos, nos seus aspectos biológico, psicológico e social apresentam transformações próprias, requerendo tipos de assistências diferenciadas, especialmente em termos de saúde. Assim, observamos a importância da capacitação de profissionais nos serviços de emergências, para prestarem assistência com qualidade e contribuir para uma gestão do envelhecimento saudável, já que, reconhecidamente,

grande parte dos que envelhecem buscam, com confiança o atendimento em serviços de emergências.

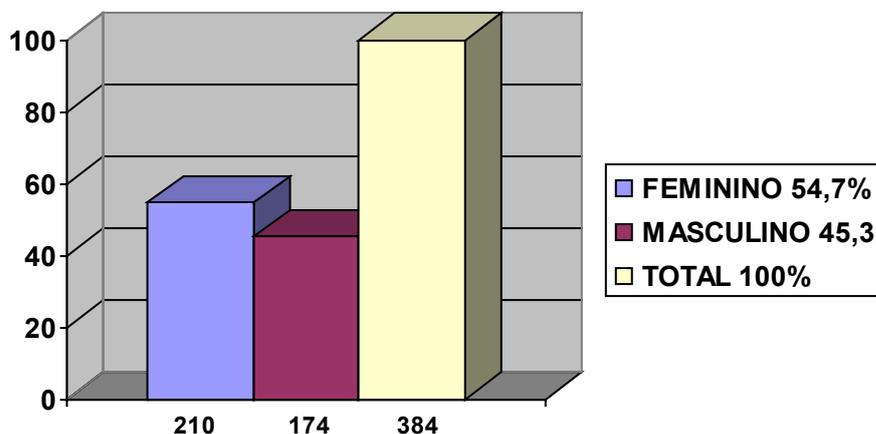


Figura 1 – Caracterização da amostra quanto o sexo.

Fonte: Milioni, K.C. Coleta de dados no Serviço de Emergência do HCPA. Set – Out/2007.

Na figura 1 evidenciamos que houve predominância de indivíduos do sexo feminino 54,7% (210) indivíduos, em relação ao total de sujeitos da amostra (384), sendo que 45,3% (174) sujeitos eram do sexo masculino. Os dados encontrados no presente estudo vão ao encontro do estudo de Sabino e Turra (2003), num serviço de pronto-socorro em que constataram quanto a variável demográfica sexo, que 53% dos usuários eram mulheres. Em outro estudo realizado por Janner (2006), também constatamos que a maioria dos usuários que procuram o serviço de emergência é do sexo feminino 59,7% (129) do total da amostra. Estes dados vão ao encontro dos achados no presente estudo. Assim, deve-se evidenciar as causas em relação aos motivos que levam mulheres há procurarem o serviço de emergência. Muitas das causas são as queixas de dor em um ou mais sítios, sangramento vaginal, hipo/hipertensão, hipo/hiperglicemia, mal estar entre outras.

Tabela 3 – Caracterização da amostra quanto à escolaridade.

ESCOLARIDADE	AMOSTRA		TOTAL	
	F	%	F	%
1- 1ª Grau Incompleto	239	62,2	239	62,2
2- 1ª Grau Completo	42	10,9	42	10,9
3- 2ª Grau Incompleto	33	8,6	33	8,6
4- 2ª Grau Completo	55	14,3	55	14,3
5- 3ª Grau Incompleto	09	2,3	09	2,3
6- 3ª Grau Completo	06	1,6	06	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>384</b>	<b>100,0</b>	<b>384</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Milioni, K.C. Coleta de dados no Serviço de Emergência do HCPA. Set – Out/2007.

Na análise da tabela 3, constata-se que 62,2% (239) pacientes, possuíam nível de escolaridade de 1º grau incompleto, representando mais da metade dos sujeitos do total da amostra (384), seguido de 14,3% (55) dos que possuem 2º grau completo. Esses dados evidenciam que uma das características dos pacientes que procuram atendimento no serviço de emergência é o baixo nível de escolaridade. Destaca-se nesta tabela que 1,6% (06) sujeitos apresentaram 3º grau completo. Infere-se que esses dados têm relação com os da tabela 2 em que se evidencia uma prevalência de pacientes idosos com idade superior a 60 anos que procuram o serviço de emergência. Sabe-se que os idosos a maioria aposentados, apresentam problemas sócio-econômicos que imputam ao idoso uma má qualidade de vida no que se refere o saneamento básico, nutrição, compra de medicamentos dentre outras dimensões de saúde, agravam o estado físico dos mesmos, levando-os a busca de assistência nos serviços de emergência (JANNER, 2006). Segundo estudo realizado por Lima (2003) mostra a existência de associações independentes entre menor renda domiciliar, baixo nível de escolaridade e piores condições de saúde nos idosos.

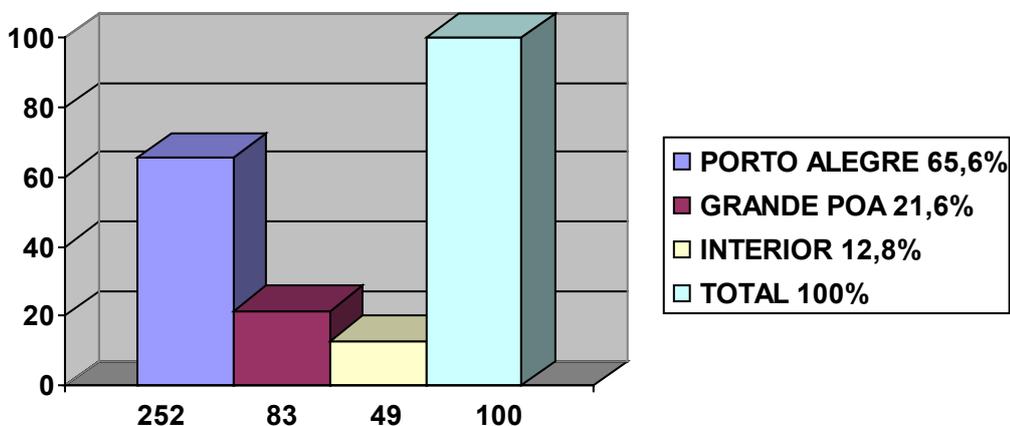


Figura 2 – Caracterização da amostra quanto à procedência.

Fonte: Milioni, K.C. Coleta de dados no Serviço de Emergência do HCPA. Set – Out/2007.

Na figura 2 evidencia-se a procedência dos sujeitos do estudo, ou seja, (384) pacientes atendidos no Serviço de Emergência do HCPA. Destes 65,6% (252) sujeitos da amostra eram oriundos de Porto Alegre/RS; 21,6% (83) são da grande Porto Alegre/RS e 12,8% (49) sujeitos eram provenientes do interior do Estado/RS. Sabe-se que os serviços de emergência, principalmente os das instituições públicas do Estado/RS, têm demanda significativa de pacientes que nem sempre procede da área adstrita da instituição, o que caracteriza o atendimento oriundo de diferentes cidades da grande Porto Alegre/RS e do interior do Estado/RS.

O HCPA é considerado hospital de referência local e nacional, caracterizando-se pela sua alta complexidade nos atendimentos médicos e aos diferentes tratamentos e serviços que oferece a população. O mesmo atende, com padrão de excelência, em cerca de 60 especialidades, disponibilizando desde os procedimentos mais simples até os mais complexos, a população que procura assistência, prioritariamente pacientes do SUS. Fato que faz com que seja alta a demanda ao serviço de emergência, que independente da conhecida superlotação do serviço, proporciona assistência de qualidade priorizando o atendimento aos usuários que procuram.

Ainda como característica da amostra destaca-se a vinda dos pacientes da grande Porto Alegre/RS e do interior do Estado/RS, o que constata-se provável carência de recursos e assistência à saúde nos serviços públicos dessas regiões, mas por outro ângulo um grande número desses pacientes oriundos de outras regiões possui um vínculo com HCPA, sendo mais fácil e

ágil a investigação e tratamento das enfermidades. Segundo estudo realizado por Ludwig e Bonilha (2003), com pacientes que receberam o primeiro atendimento no HCPA, antes de serem transferidos para outras unidades, destacam a importância do vínculo com o serviço para melhor atendimento e resolutividade dos problemas. A procedência dos pacientes de outras localidades vai ao encontro do estudo realizado por Sabino e Turra (2003), onde 70% dos pacientes que procuravam atendimento no pronto-atendimento do hospital de Brasília, também provêm de outras cidades.

Tabela 4 – Caracterização da amostra quanto às dez queixas principais mais prevalentes.

QUEIXA PRINCIPAL	AMOSTRA		TOTAL	
	F	%	F	%
<b>1-Encaminhado para avaliação na emergência</b>	76	19,8	76	19,8
<b>2- Dor abdominal</b>	26	6,8	26	6,8
<b>3- Piora do estado geral por disfunção respiratória (dispnéia, fraqueza, tosse, dor ventilatória dependente)</b>	24	6,3	24	6,3
<b>4- Sangramento vaginal e dor pélvica.</b>	23	6,0	23	6,0
<b>5- Piora do estado geral por neoplasia (fraqueza, dor, sudorese, febre, vômitos, inapetência)</b>	16	4,2	16	4,2
<b>6- DPOC / BCP (dispnéia, dor ventilatória dependente, hipotensão, fraqueza, tosse produtiva com expectoração)</b>	16	4,2	16	4,2
<b>7- Mal estar (desmaio, confusão mental, vômitos, diarreia, cefaléia, fraqueza, hipo/hiperglicemia, hipo/hipertensão)</b>	14	3,6	14	3,6
<b>8- Doença cardiovascular – AVC (disartria, desvio de comissura labial, hemiplegia, hemiparesia, hipo/hipertensão)</b>	12	3,1	12	3,1

Tabela 4 – Caracterização da amostra quanto às dez queixas principais mais prevalentes (continuação).

QUEIXA PRINCIPAL	AMOSTRA		TOTAL	
	F	%	F	%
<b>9- Dor torácica</b>	12	3,1	12	3,1
<b>10 Piora do estado geral paciente HIV+ (inapetência, fraqueza, diarreia, vômitos, febre, dor dependente)</b>	12	3,1	12	3,1
<b>11- Demais queixas</b>	153	39,8	153	39,8
<b>TOTAL</b>	231	100,0	231	100,0

Fonte: Milioni, K.C. Coleta de dados no Serviço de Emergência do HCPA. Set – Out/2007.

Na análise da tabela 4, onde destacamos as 10 (dez) queixas principais mais prevalentes no setor de classificação de risco na emergência, observa-se que 19,8% (76) sujeitos foram encaminhados para avaliação na emergência, seguido da dor abdominal 6,85% (26) pacientes, 6,3% (24) apresentaram como queixa principal disfunção respiratória, seguidos sintomas como dispnéia, fraqueza, tosse e dor ventilatória dependente e 6,0% (23) apresentaram sangramento vaginal e dor em baixo ventre. Como apresentado na tabela 5 evidencia-se a dor como a principal característica dos pacientes que procuram o serviço de emergência. Observa-se o percentual elevado de mulheres que procuram o serviço com queixa de sangramento, conforme apresentado na figura 1 54,7% (210) sujeitos eram do sexo feminino. Conclui-se que em relação aos encaminhamentos de pacientes para avaliação 13,5% (52) sujeitos foram encaminhados dos ambulatórios do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 3,9% (15) pacientes de outros hospitais e 10,2% (39) procuram à emergência encaminhado dos postos de saúde. Observa-se no estudo de Jacobs (2005), que 20,1% apresentaram como queixa principal na chegada ao serviço dor abdominal. Febre, dor e diarreia, dispnéia são os três motivos principais de atendimento, mas, se somarmos os pacientes atendidos com abdome agudo e outras queixas de dor abdominal passaria a ser o principal motivo de atendimento observado neste estudo. As principais causas de internamento são: dispnéia e outras dores abdominais, indo de encontro aos achados desta pesquisa. Como observamos na figura 1 onde constata-se que 54,7% (210) eram do sexo feminino de (384) sujeitos do total da amostra, nota-se que a prevalência das mulheres vem ao encontro dos achados nessa tabela, pois a queixa de sangramento e dor pélvica, apareceu como a terceira mais prevalente, sendo que mais da metade da amostra eram relacionados com aborto. O

primeiro sintoma de um aborto espontâneo é sangramento vaginal, isto requer atenção médica imediata, seguido de cólicas abdominais e dor pélvica .

Tabela 5 – Caracterização da amostra quanto aos dez sinais e sintomas mais prevalentes.

SINAIS E SINTOMAS	AMOSTRA		TOTAL	
	F	%	F	%
1- Dor	272	70,8	272	70,8
2- Fraqueza	217	56,5	217	56,5
3- Inapetência	142	37,9	142	37,9
4- Vômitos	108	28,1	108	28,1
5- Febre	106	27,6	106	27,6
6- Dispnéia	96	25,0	96	25,0
7- Tosse produtiva	96	25,0	96	25,0
8- Abdômen distendido	72	18,7	72	18,7
9- Cefaléia	64	16,6	64	16,6
10- Sangramento	63	16,4	63	16,4
11- Demais sinais e sintomas	392	102,1	392	102,1
<b>TOTAL</b>	<b>1628</b>	<b>100,0</b>	<b>1628</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Milioni, K.C. Coleta de dados no Serviço de Emergência do HCPA. Set – Out/2007.

Na tabela 5 constatou-se que 70,8% (272) dos sujeitos que fizeram parte do estudo manifestaram dor como sinal e sintoma no momento da sua chegada na classificação de risco, seguindo de 56,5% (217) pacientes com sinal e sintoma de fraqueza, 37,9% (142) daqueles apresentavam inapetência. Com estes resultados verifica-se que a dor aparece como sinal e sintoma prevalente nos sujeitos, e como tal, confere queixa principal conforme observado na tabela 4 onde 6,8% (26) pacientes reveriam na queixa principal dor abdominal mais pertinente no serviço de emergência. Em estudo realizado por Sabino e Turra (2003) em um pronto-socorro a queixa de dor prevaleceu em 89,6% dos usuários. Soma-se a este estudo apresentando por Janner (2006), que evidenciou dados semelhantes ao encontrado no presente estudo, sendo que 85% (184) pacientes apresentavam queixa de dor na chegada à emergência. Outro ponto do estudo de Janner, (2006) que se pode ir ao encontro dos achados deste estudo em questão, é que 61,5% (133) sujeito do sexo feminino apresentaram a queixa de dor na chegada à emergência, e que 38,4% (83) eram idosos com mais de 60 anos.

Segundo Fillingim, (2003), o sexo feminino tem maior facilidade em referir dor quando esta se apresenta de forma aguda, enquanto os homens tendem a referir-la quando já na fase crônica da dor. Através deste dado, o autor infere que com o avançar da idade as queixas vão tornando-se semelhantes, quanto à presença e intensidade das mesmas. Para Sousa, (2004), os

aspectos psicológicos e sociais, podem ter papel importante no desenvolvimento e perpetuação do sintoma dor, presentes nas síndromes dolorosas características da idade.

Assim, se pode supor que a dor é o quinto sinal vital, pois a intensidade da dor é relevante como parâmetro na avaliação da dor, pois permite torná-la de um dado subjetivo em objetivo, facilitando a atuação da equipe de saúde com maior ênfase na sua atenuação e/ou eliminação.

Tabela 6 – Caracterização da amostra quanto aos critérios de classificação de risco relacionado ao sexo.

SEXO	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
<b>CCR – COR</b>						
<b>1- Roxo</b>	10	4,8	13	7,5	23	6,0
<b>2- Vermelho</b>	50	23,8	44	25,3	94	24,5
<b>3- Amarelo</b>	148	70,5	113	64,9	261	68,0
<b>4- Verde</b>	02	1,0	04	2,3	06	1,6
<b>TOTAL</b>	210	100,0	174	100,0	384	100,0

Fonte: Milioni, K.C. Coleta de dados no Serviço de Emergência do HCPA. Set – Out/2007.

Quadro 1 – Teste estatístico de significância  $X^2$  (Qui-quadrado) para associação entre a variável sexo e os critérios de classificação de risco.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,784 <sup>a</sup>	3	,426
Likelihood Ratio	2,783	3	,426
Linear-by-Linear Association	,773	1	,379
N of Valid Cases	384		

Na análise da tabela 6, onde caracterizamos a amostra quanto aos critérios de classificação de risco relacionado ao sexo, observamos que 70,5% (148) eram do sexo feminino, já em relação ao sexo masculino 64,9% (113) sujeitos da amostra, foram classificados quanto a sua gravidade na cor amarela, num total de (384) pacientes. Destaca-se no estudo a frequência de 1,0% (02) sujeitos do sexo feminino e 2,3% (04) do sexo masculino, classificados quanto à cor verde. Observa-se na pesquisa de Pires (2003) uma relação com este estudo, que prevaleceu a procura nos serviços de emergência, onde 52,8% (65) indivíduos eram do sexo feminino. Assim, percebe-

se que a procura pelo atendimento nas emergências são de prevalência pelas mulheres, apresentando diversas queixas que são pertinentes ao sexo, uma delas sangramento vaginal e dor em baixo ventre, onde constata-se na tabela 4 que 6,0% (23) sujeitos da amostra apresentaram na chegada a emergência esta queixa como principal.

Para verificar a associação entre a variável sexo e os critérios de classificação de risco, foi aplicado o teste de significância do Qui-quadrado, este teste conclui que o resultado de  $p > 0,005$ , demonstra que não há associação entre essas variáveis analisadas, segundo consta no quadro 1.

Tabela 7 – Caracterização da amostra quanto aos critérios de classificação de risco relacionado à média de escolaridade.

ESCOLAR.	1º GRAU		2º GRAU		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
<b>1- Roxo</b>	22	7,8	01	1,0	23	6,0
<b>2- Vermelho</b>	78	27,8	16	15,5	94	24,5
<b>3- Amarelo</b>	178	63,3	83	80,6	261	68,0
<b>4- Verde</b>	03	1,1	03	1,1	06	1,6
<b>TOTAL</b>	281	100,0	103	100,0	384	100,0

Fonte: Milioni, K.C. Coleta de dados no Serviço de Emergência do HCPA. Set – Out/2007.

Quadro 2 – Teste estatístico de significância  $X^2$  (Qui-quadrado) para associação entre a variável escolaridade e os critérios de classificação de risco.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,457 <sup>a</sup>	3	,001
Likelihood Ratio	17,832	3	,000
Linear-by-Linear Association	15,345	1	,000
N of Valid Cases	384		

Na tabela 7, a análise foi trabalhada referente à caracterização da amostra quanto aos critérios de classificação de risco relacionado com a escolaridade, observamos que 63,3% (178) sujeitos da amostra apresentavam 1º grau e foram classificados quanto a sua gravidade na cor amarela, com uma total de (281) pacientes, já 80,6% (83) apresentavam 2º grau, somando um total de 68% (261) pacientes classificados como amarelo, sendo que (103) faziam parte desta faixa de escolaridade. Logo num total de (384) participantes da amostra, 68% (261) foram classificados como amarelo. Notamos uma prevalência de 7,8% (22) indivíduos apresentavam 1º grau e foram classificados quanto à gravidade roxo, enquanto que apenas 1,0% (01) sujeito tinha 2º grau, sendo classificado como roxo, recebendo atendimento no BOX M. Em um estudo realizado por Jacobs (2005) num serviço hospitalar publico, observou-se que as atividades ocupacionais exercidas pelos pacientes não exigiam qualificação específica ou nível de escolaridade elevado, e 90,3% dos pacientes possuíam 1º grau. Outro estudo evidencia os achados desta pesquisa, onde 38,9% sujeitos apresentavam como nível de escolaridade, o ensino fundamental (LIMA, 2003).

No quadro 2 observamos que há associação entre as variáveis analisadas escolaridade e critérios de classificação de risco, pois o resultado do teste de significância  $p < 0,005$ .

Tabela 8 – Caracterização da amostra quanto aos critérios de classificação de risco relacionado com a procedência.

PROCED.	PORTO ALEGRE		GRANDE POA		INTERIOR		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>1- Roxo</b>	16	6,3	05	6,0	02	4,1	23	6,1
<b>2- Vermelho</b>	60	23,8	22	26,5	12	24,5	94	24,5
<b>3- Amarelo</b>	171	67,9	56	67,5	34	69,4	261	68,0
<b>4- Verde</b>	05	2,0	00	0,0	01	2,0	06	1,6
<b>TOTAL</b>	252	100,0	83	100,0	49	100,0	384	100,0

Fonte: Milioni, K.C. Coleta de dados no Serviço de Emergência do HCPA. Set – Out/2007.

Quadro 3 – Teste estatístico de significância  $X^2$  (Qui-quadrado) para associação entre a variável procedência e os critérios de classificação de risco.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,211 <sup>a</sup>	6	,899
Likelihood Ratio	3,512	6	,742
Linear-by-Linear Association	,018	1	,892
N of Valid Cases	384		

Na análise da tabela 8, quanto à classificação de risco relacionado com a procedência, notamos 67,9% (171) sujeitos moram em Porto Alegre/RS, com um total de (252) indivíduos presentes no estudo, 67,5% (56) eram provenientes da grande Porto Alegre/RS, equivalente ao total de (83) pacientes e 69,4% (34) eram do interior do Estado/RS, somando (49) indivíduos do estudo, sendo que foram classificados na cor amarela quanto à gravidade. Assim, num total de (384) sujeitos da amostra, 68% (261) foram classificados pela cor amarela. A procedência sugere que a urgência define o hospital mais próximo como destino preferencial da população que não possuem condições sócio-econômicas de pagarem plano de saúde ou consultarem em consultórios privados. Estes dados vão ao encontro da pesquisa realizada em um serviço de emergência em Salvador, onde constatou-se que 96,3% dos pacientes vinham da região metropolitana, sendo que 86,5% do município de Salvador. Dos que moram no município de Salvador, avaliando-se a distância do bairro de procedência ao hospital, 30,35% moram até 5 km de distância, 44,53% até 10 km, 63,53% até 15 km, 29,57% a mais de 15 km, sendo que 6,9%

não referiram o bairro de procedência (JACOBS, 2005). A procedência dos pacientes retrata a incapacidade de certas localidades de lidar com o problema, pois não apresentam acesso a sistema de saúde qualificado.

Na verificação da associação entre a variável procedência dos pacientes e os critérios de classificação de risco, constatou-se no quadro 3 que não há associação entre essas variáveis, pois na análise do teste de significância Qui-quadrado o  $p > 0,005$ .

Tabela 9 – Caracterização da amostra quanto ao desfecho dos pacientes.

CCR - COR DESFECHO	ROXO		VERMELHO		AMARELO		VERDE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>1- BOX M</b>	15	65,2	00	0,0	00	0,0	00	0,0	15	3,9
<b>2- SOA</b>	03	13,0	27	28,7	38	14,6	00	0,0	68	17,7
<b>3- SOP</b>	00	0,0	58	61,7	143	54,8	01	16,7	202	52,6
<b>4- UV</b>	05	21,7	03	3,2	03	1,1	00	0,0	11	2,9
<b>5- OUTROS</b>	00	0,0	06	6,4	77	29,5	05	83,3	88	22,9
<b>TOTAL</b>	23	100,0	94	100,0	261	100,0	06	100,0	384	100,0

Fonte: Milioni, K.C. Coleta de dados no Serviço de Emergência do HCPA. Set – Out/2007.

Ao se analisar o desfecho dos pacientes na tabela 9, observa-se que 65,2% (15) sujeitos foram classificados quanto à cor roxa e permaneceram no Box M, percentual de uma total de (23) indivíduos que fizeram parte desta classificação. Com isso, observa-se as causas que levam os pacientes a serem classificados quanto essa gravidade, dentre eles, parada cardiorespiratória, instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória, sinais de pressão arterial inaudível, hipoglicemia, alteração do sensório, convulsão e alteração psicomotora. Seguindo constata-se que 61,7% (58) pacientes foram classificados pela cor vermelha, correspondente a (94) do total de pacientes classificados nesta gravidade. As causas que prevalecem para essa classificação são hipo/hipertensão, oximetria entre 80-90%, hiperglicemia, taquicardia entre outros. Na classificação quanto à cor amarela 54,8% (143) sujeitos, sendo que o total foi de (261) participantes deste grupo. Assim, percebe-se que o número de encaminhamentos está relacionado com esse percentual, pois 27,6% (106) foram encaminhados e classificados com essa gravidade, condição está que se pode constatar através das vivências que tive na emergência do HCPA, percebe-se que muitos não indivíduos não precisavam de atendimento na emergência. Destaca-se nessa tabela 83,3% (05), num total de (06) pacientes, foram classificados pela cor verde, sendo encaminhados para outras redes de saúde. Conclui-se que de (384) sujeitos do total da amostra, 68% (261) pacientes foram classificados pela cor amarela, e que 52,6% (202) permaneceram na

SOP. Indo de encontro ao estudo realizado em um pronto-atendimento de São Paulo, Pires (2003) constatou que 38,2% pacientes foram classificados como nível 4 (semi-urgência). Para Jiménez *et al* (2003), ao utilizar a escala de classificação de risco de 5 níveis em outros países, obtiveram 50,4% de pacientes classificados quanto nível 4. Seguindo de Hay, Bekerman, *et al* (2001), ao aplicarem a escala de 3 níveis, encontraram 92% dos sujeitos como nível 3, que representa o nível de menor complexidade. Estes dados vêm ao encontro dos achados neste estudo. Quanto ao desfecho dos pacientes, relacionamos com a pesquisa de Pires (2003), que 88,2% (112) receberam alta. Dentre estes, 5,7% (73) recebeu alta sem encaminhamento e 30,7% (39) receberam alta com encaminhamento. Estes dados permitem concluir que a complexidade dos casos era baixa, o que permitia que o paciente tivesse seu problema resolvido pelo serviço, ou necessitasse de acompanhamento ambulatorial. Logo, percebemos a diferença dos achados deste presente estudo, pois mais de 50% dos sujeitos ficaram em observação após a consulta com o profissional para uma avaliação e investigação. Assim, contata-se que o serviço de emergência precisa ser redefinido para que possam com resolutividade atender os pacientes, observa-se que no setor de classificação de risco existem falhas que podem levar ao uso inadequado de recursos e a insatisfação dos profissionais e pacientes.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à prevalência de um número cada vez maior de indivíduos que procuram os serviços de emergência, torna-se importante o seu estudo. Assim, desenvolvemos esta pesquisa para classificar quanto aos critérios de classificação de risco os pacientes que procuram o serviço, caracterizando os mesmos, conforme variáveis demográficas (sexo, idade, escolaridades e procedência), queixas principais e sinais e sintomas no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA.

A utilização de instrumentos de classificação de risco para avaliação dos pacientes ainda é recente em nosso meio. Nos serviços de emergências geralmente existe a necessidade de priorizar atendimento, e frequentemente os profissionais enfermeiros encontram-se em situações conflitantes.

Estes conflitos estão relacionados ao paciente, que sempre julgará seu caso como mais grave, buscando atendimento rápido e solução imediata para sua queixa. Cabe assim, ao enfermeiro gerenciar a unidade e os conflitos nela existentes, visando uma melhor assistência aos pacientes do serviço.

Assim, em atenção aos objetivos do estudo, concluiu-se que: faixa etária mais prevalente foi de 51-70 anos, correspondendo a 32,2% (124) sujeitos. Destaca-se que prevaleceu a de pacientes com idade superior a 60 anos com 39,5% (64) sujeitos da amostra, concluindo que os idosos são os que mais procuram atendimento no serviço de emergência; em relação ao sexo 54,7% (210) eram do sexo feminino e 45,3% (174) sujeitos eram do sexo masculino; quanto à escolaridade 62,2% (239) sujeitos do estudo apresentaram baixo nível de escolaridade, não possuíam o 1º grau completo, sendo que do total da amostra (384) sujeitos 65,6% (252) eram residentes de Porto Alegre/RS e que 34,3% (132) oriundos da grande Porto Alegre/RS e do interior do Estado/RS.

Quanto à associação das variáveis demográficas sexo, escolaridade e procedência e os critérios de classificação de risco, foi aplicado o teste de significância do Qui-quadrado, este teste conclui: que não há associação entre a variável sexo e os critérios de classificação de risco, pois o resultado de  $p > 0,005$ ; quanto a variável escolaridade há associação pois o resultado de  $p < 0,005$  e na análise da variável procedência e os critérios de classificação de risco não há associação, pois o resultado do  $p > 0,005$ .

Neste estudo conclui-se ainda que houve um número elevado de encaminhamentos dos ambulatoriais do HCPA para avaliações de pacientes no serviço de emergência, ou seja, 13,5% (52) sujeitos foram encaminhados para investigações dos ambulatoriais do HCPA, os demais 14,6% (54) pacientes eram de outros locais, entre eles postos da rede básica de saúde e hospitais da região.

Quanto à queixa principal foi estudada os dez mais prevalentes, sendo que a dor prevaleceu entre os sinais e sintomas mais evidenciado, sendo que 70,8% (272) pacientes, do total de (384) sujeitos da amostra, referiam esta queixa na chegada ao serviço.

A classificação quanto ao risco dos pacientes, observando sua gravidade no momento do atendimento, prevaleceu a cor amarela com 68% do total da amostra, onde os pacientes apresentam risco intermediário, mas sem condições de alta. Desses pacientes avaliados pela enfermeira e encaminhados para os consultórios para consulta médica, 52,6% (202) pacientes, e após foram para a sala onde, permaneceram em observação e para investigação.

Assim, acredita-se que os serviços de saúde da rede básica, não estão preparados e equipados para atender a demanda desses pacientes, devido à falta de recursos materiais, falta de educação permanente e pela própria desvalorização dos profissionais. Pois sabemos que os pacientes buscam assistência e muitas vezes não encontram, tendo que procurarem as emergências públicas para solucionarem seus problemas de saúde, ocorrendo assim, a superlotação dos serviços.

Sugiro para melhoria do atendimento e eficácia do serviço, a implantação da Escala de Categoria Numérica de Dor no setor de Classificação de Risco na Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Conclui-se com esse trabalho a importância de profissionais capacitados para o atendimento nas emergências públicas. Espera-se que esse estudo, sirva para melhorar a utilização dos critérios de classificação e avaliação de risco nas emergências, contribuindo para ampliar o papel do enfermeiro dentro do serviço de triagem, possibilitando que, num futuro próximo, este esteja capacitado para elaboração de protocolos de atendimento, otimizando o tempo de espera dos usuários, visando melhorar a qualidade da assistência e ampliar a sua atuação como profissional de emergência.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Rev. Bras. Psiquiatria**, jan./mar. 1999, v. 21, n.1, p.12-18.

BRASIL. Ministério da Saúde: **HumanizaSUS**: política nacional de humanização - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde: **QualiSUS**. Brasília: Ministério da Saúde – MS, 2005. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/QualiSUS>>. Acesso em: 03 abr de 2007.

BRASIL. Conselho de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa de seres humanos (Resolução 196/96). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996.

BRASIL. Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório anual da OMS 2006. Brasília, DF. Disponível em <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em 15 set de 2007.

CHAVES, D. P. L. Estudo sobre triagem no serviço de emergência. Revisão de Literatura. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 8, n. 2, p.181-196, 1987.

FILLINGIM, R. B. Sex-Related Influences on Pain: A review of mechanisms and clinical implications. **Rehabilitation Psychology**. Washington, v. 48, n. 3, p.165-174, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**. São Paulo, v.9, n.17, p. 287-301, ago 2005.

HAY, E.; BEKERMAN, L. *et al.* **Quality assurance of nurse triage**: consistency of results over three years. *Med* 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro, 2000.

JACOBS, P. C.; MATOS, E. P.. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador - Bahia. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, nov/dez, 2005, v. 51, n. 6, p. 348-353.

JIMÉNEZ, J.G. *et al.* Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS). Disponível em: <<http://www.caep.ca>>. Acesso em 8 de out de 2007.

LIMA, M. F.; BARRETO, S.; *et al.* Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Jun. 2003, v.19, n.3, p.745-757.

LUDWIG, M. L. M.; BONILHA, A. L. L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 56, n.1, p.12-17, 2003.

MARQUES, G. Q. **Demandas do pronto atendimento e os processos de trabalho em serviço de porta aberta**. 131f. Monografia (Mestrado de Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2004.

MÁRQUEZ, J. O.; SOUZA, M. C. Dor em idosos. **Rev. Téc-cient. Enfermagem**, Curitiba, v.1, n. 3, p. 179-188, maio/jun. 2003.

MERHY, E. E. *et al.* **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: *Agir em Saúde: Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MOARIS, J. G. *et al.* **Ações Premiadas no 11º concurso inovação na gestão pública federal 2006**, Brasília – ENAP, 2007.

NASI, A. L. *et al.* **Rotinas em pronto socorro**, 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

NUNES, F. C. **Cuidado humano numa unidade de emergência: o olhar do técnico de enfermagem**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PIRES, P. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: Canadian Triage and acuity Scale (CTAS)**. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

RAMOS, L. R., VERAS, R. P. and KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, jun 1987, v. 21, n. 3, p. 211-224.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Porto Alegre, v.19, n.1, p. 27-34, fev 2003.

RODRIGUES, F. J. Sistema de classificação de pacientes-parte 1: dimensionamento de pessoal de enfermagem. **Rev. Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 26, n. 3, p. 95-404, 1992.

SABINO, R. S.; TURRA, V. Dor no pronto-socorro do Hospital de Base de Brasília. **Revista Dor: pesquisa, clínica e terapêutica**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 81-88, abr/jun. 2003.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**. Brasília, v. 5, n. 4, p. 493-503, dez 2005.

SOUZA, A. C.; LOPES, M. J. M. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 8-13, abr 2003.

SOUSA, J. M. Um olhar sobre a dor do idoso. *In: Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. Curitiba: Maio, 2004. p. 263-274.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

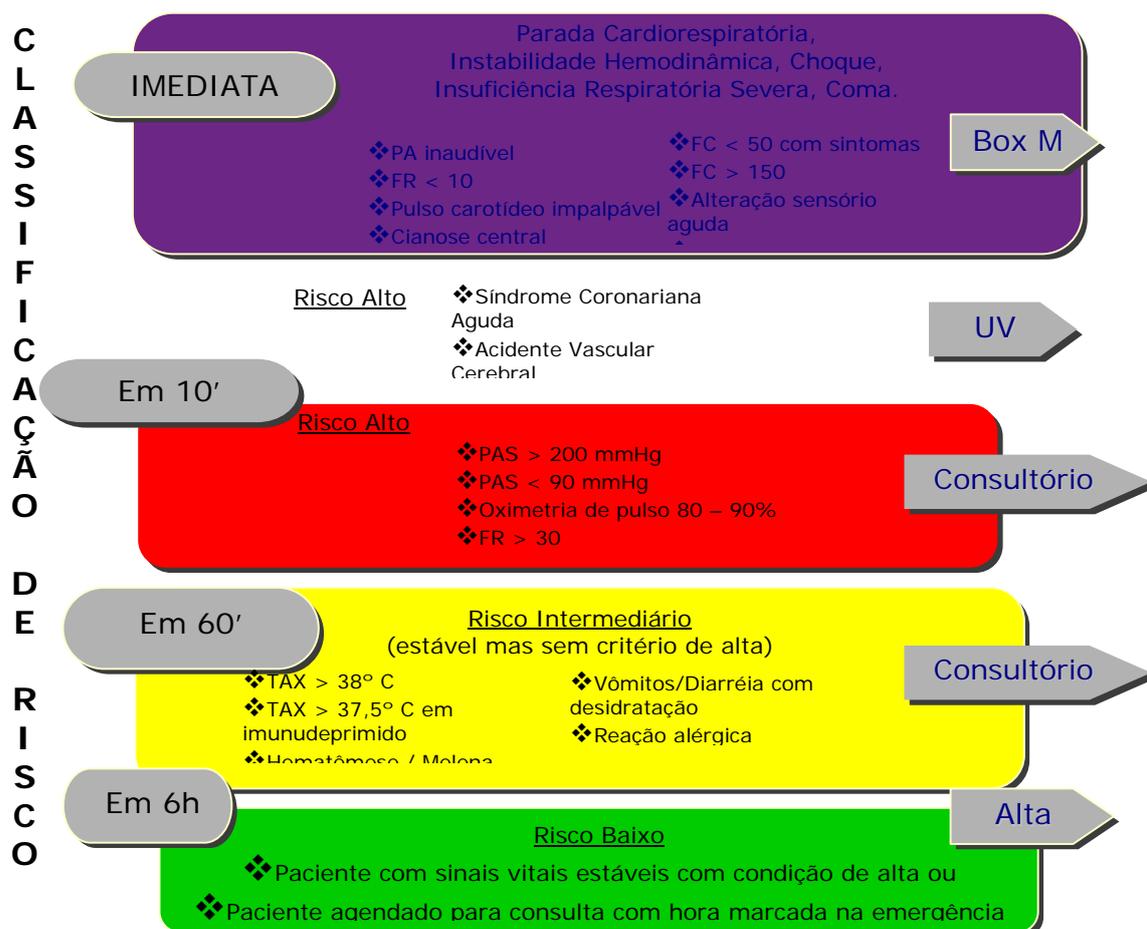
TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev 2007.

TRIAGEM. *In: FERREIRA, A. B. H. Mini Dicionário Aurélio*. 4 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001, 547 p.



**ANEXO A: Protocolo de Classificação de Risco por Cores Padronizadas pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA**

- Altíssimo Risco** → Box de Parada
- Alto Risco** → Unidade Vascul
- Risco Intermediário** → Sala de Procedimentos
- Baixo Risco** → Alta ou agendamento para consulta c/ hora marcada



FONTE: Protocolo de Classificação de Risco no Serviço de Emergência do HCPA.



**ANEXO C: Solicitação de acesso ao sistema informatizado (AGH)**



1. PROJETO DE PESQUISA

2. SOLICITAÇÃO DE ACESSO AO SISTEMA INFORMATIZADO (AGH) E ÀS  
DEPENDÊNCIAS DO HCPA

(É obrigatório o preenchimento de todos os campos.)

1. DADOS DO PROJETO:		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL (Profissional com vínculo no Hospital de Clínicas):		
SERVIÇO DE ORIGEM:	RAMAL:	
TÍTULO DO PROJETO:		
Nº CADASTRO NO GPPG:	Data Início do Projeto:	Data Término do Projeto:
PERÍODO DE VALIDADE DO ACESSO AO SISTEMA:		
Data Início:	Data Término:	

2. EQUIPE DO PROJETO			
<b>2.1 - NOME:</b>			
NOME USUAL:	MATRÍCULA:	DATA NASCIMENTO:	LOCAL NASCIMENTO:
NOME DO PAI:		NOME DA MÃE:	
RG Nº :	CPF Nº :	ESTADO CIVIL:	
GRADUAÇÃO:	DATA INÍCIO GRADUAÇÃO:	DATA TÉRMINO GRADUAÇÃO:	
NOME FACULDADE:	CONSELHO:	Nº CONSELHO:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF
FONE RESIDENCIAL:	FONE CELULAR:	E.MAIL:	
<b>ATUAÇÃO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE</b>			
- Atenderá pacientes na Internação	Sim ( )	Não ( )	
- Atenderá pacientes no Ambulatório	Sim ( )	Não ( )	
- Necessidade de crachá	Sim ( )	Não ( )	
- <b>Ocupação:</b> ( ) Pesquisador (11128) ( ) Monitor Externo de Pesquisa (11143) Data final de atuação do Monitor:			
- <b>Vínculo:</b> Pesquisador = 960			

Assinatura e carimbo do Pesquisador Responsável Em: / /	Ciente da Coordenação do GPPG Em: / /
--	--

**ANEXO D: Carta do GPPG referente à aprovação do projeto**