

O enfermeiro na admissão de pacientes em pronto-socorro: acolhimento, avaliação, sinais e sintomas

The nurse in the admission of patients to the emergency room: reception, evaluation, signs and symptoms

Sérgio Luis Alves de Moraes Junior¹ • Elisangela Teixeira Alves Sotelo² • Leticia da Silva Seltenreich³
Patrícia Cristina de Oliveira Garcia⁴ • Luciane Aparecida Simão Lima⁵ • Livia Gouveia da Silva⁶

RESUMO

Objetivou-se selecionar e analisar os sinais e sintomas, apresentados por pacientes do pronto-socorro do hospital privado de grande porte do município de São Paulo. Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, observacional não intervencionista, com a avaliação e extração de dados dos prontuários de pacientes atendidos nos serviços de Pronto Atendimento, internados após caracterização de urgência ou emergência, em um hospital particular de grande porte localizado em São Paulo. Os pacientes classificados em classe vermelha devem ser atendidos imediatamente, por: obstrução de vias aéreas, Respiração de Kussmaul, dor torácica com dispnéia e dispnéia acentuada, n. 43. Na categoria laranja os pacientes devem ser atendidos com tempo máximo de 10 minutos, com: dor abdominal grave, temperatura abaixo de 36°C ou acima de 37.8°C, pressão arterial abaixo de 100X60 ou acima de 140X90 mmHg, agitação, n. 13. A classificação amarela destina-se a pacientes críticos e semicríticos que já foram estabilizados no atendimento inicial. Devem ser atendidos em tempo inferior a 60 minutos, com: edemas nos membros superiores ou inferiores e fraturas de ossos curtos, n. 30, se incluíram nessa categoria. As categorias verde e azul são destinadas a pacientes de menor complexidade podendo esperar por tempo de atendimento de 120 a 240 minutos. O enfermeiro é o profissional que realiza a classificação de risco, porém, mesmo embasado em protocolos específicos, sua avaliação é intuitiva. Enfatiza-se a relevância da tecnologia no meio hospitalar, principalmente o registro do paciente sendo aberto em seu primeiro contato com o profissional de enfermagem no acolhimento/avaliação de risco, tal qual possibilita a melhoria da comunicação entre todos os integrantes da equipe multidisciplinar em saúde a partir do fácil e rápido acesso.

Palavras-chave: Sinais e Sintomas; Pronto-Socorro; Emergência; Medição de Risco.

ABSTRACT

The aim of this study was to select and analyze the signs and symptoms presented by patients in the emergency room of the large private hospital in the city of São Paulo. This is a retrospective, cross-sectional, non-interventional observational study, with the evaluation and extraction of data from the medical records of patients attending emergency services, hospitalized after an emergency or emergency characterization, in a large private hospital located in São Paulo. Red class patients should be treated immediately for: airway obstruction, Kussmaul respiration, thoracic pain with dyspnea, and severe dyspnea, n. 43. In the orange category, patients should be treated within a maximum time of 10 minutes, with: severe abdominal pain, temperature below 36 ° C or above 37.8 ° C, blood pressure below 100X60 or above 140X90 mmHg, shaking, n. 13. The yellow classification is intended for critical and semi-critical patients who have already been stabilized in initial care. They should be treated in less than 60 minutes, with: upper or lower limb edema and short-bone fractures, n. 30, were included in this category. The green and blue categories are intended for patients of lesser complexity and can wait for a service time of 120 to 240 minutes. The nurse is the professional who carries out the risk classification, but even based on specific protocols, its evaluation is intuitive. Emphasis is given to the relevance of technology in the hospital environment, mainly the registration of the patient being opened in his first contact with the nursing professional in the host/risk assessment, as this enables the improvement of communication among all the members of the multidisciplinary health team from easy and quick access.

Keywords: Signals and Symptoms; Emergency Room; Emergency; Risk Measurement

NOTA

¹Doutor em Biotecnologia. Mestre em Reabilitação. Especialista em Urgência e Emergência, UTI e Saúde Pública. Enfermeiro. Professor na Universidade Nove de Julho (UNINOVE). São Paulo. Brasil. E-mail: sergiovicctor@gmail.com. Autor correspondente.

²Especialista em dependência química pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora na Universidade Nove de Julho (UNINOVE). São Paulo. Brasil. E-mail: eli.teixeira@uol.com.br

³Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual Paulista (Unesp-Botucatu). Enfermeira. Docente da Universidade Nove de Julho. São Paulo. Brasil. E-mail: le-selten@hotmail.com

⁴Especialista em Administração Hospitalar, Saúde mental e Psiquiatria e Saúde Pública com ênfase em ESF. Mestranda em Ciências da Saúde pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE). Enfermeira. Docente da Universidade Nove de Julho. São Paulo. Brasil. E-mail: pcogarcia17@gmail.com

⁵Mestranda em Gestão em Saúde da Faculdade Getúlio Vargas. Especialista em gestão de serviços hospitalares, auditoria, MBA em gestão empresarial e gerontologia. Enfermeira. Professora na Universidade Nove de Julho. São Paulo. Brasil. E-mail: lucianelima@globo.com

⁶Mestre em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP. Enfermeira. Professora na Universidade Nove de Julho (UNINOVE). São Paulo. Brasil. E-mail: livia.silva@usp.br

INTRODUÇÃO

O pronto-socorro (PS) constitui-se como um serviço organizado para funcionar ininterruptamente, com o objetivo principal de atender a qualquer pessoa que o procure. Grande parte dos atendimentos ocorre em situações de urgências e/ou emergência, sem qualquer agendamento prévio ou limite de consultas, independente da gravidade ou quadro clínico. O período máximo de permanência dos pacientes deve ser de 24 horas, com conseguinte resolução do caso⁽¹⁾.

Os serviços de urgência e emergência constituem importante componente de assistência à saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve importante crescimento da demanda, fato este relacionado ao crescimento do número de acidentes e da violência, sendo os fatores externos a terceira causa de morte no Brasil, estando atrás das doenças cerebrovasculares⁽¹⁾.

Os PS estão cada vez mais cheios, com longas filas de espera, muitas vezes ocasionadas por problemas organizacionais, por grande pressão para novos atendimentos e ampliação do serviço. Os pacientes atendidos relatam carência de informações durante e após o atendimento e existem ainda outras dificuldades que incluem a gestão, e em algumas vezes, uma não priorização dos casos atendidos, devido à inexperiência ou falta de critérios objetivos dos profissionais para esta finalidade, gerando com isso complicações desnecessárias aos usuários do serviço⁽²⁻⁶⁾.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2004 a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), que aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco (AACR), a qual objetiva promover a humanização e melhora da qualidade do atendimento dos serviços de saúde^(1,6).

No Brasil, os sistemas de triagem foram recomendados pela primeira vez em 2002 por meio da Portaria 2048/GM sobre a organização dos sistemas de urgência, na qual o termo internacional triagem foi substituído por classificação de risco, já que não envolvia diagnóstico e sim a priorização no atendimento, o que depois foi reforçado na PNH⁽⁷⁾.

A fim de oferecer aos profissionais maior confiabilidade na avaliação clínica do doente, na portaria estão indicadas escalas e/ou protocolos, em cinco níveis, para auxiliarem a organizar os riscos aos quais os pacientes estão susceptíveis⁽¹⁾.

A classificação de risco (CR), feita unicamente pelo enfermeiro, é uma atividade de suma importância que requer percepção ampliada deste profissional sobre os sinais e sintomas dos pacientes, pois, por estes parâmetros, ofertará à classificação e não o diagnóstico, atividade esta privativa do médico. No Brasil, a CR está pautada na Resolução n.º 2.077 do Conselho Federal de Medicina (CFM), de 24 de julho de 2014, que a torna obrigatória

em todos os serviços de saúde que tenham atendimento de urgência ou emergência.

Na maioria dos países, o enfermeiro é o profissional responsável por classificar os sintomas dos pacientes, ouvir a queixa principal, identificar os riscos e a vulnerabilidade, e se responsabilizar pela resposta à demanda. No Brasil, o enfermeiro tem esta atividade como obrigatória e exclusiva, a qual segue a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n.º 423 de 2012, que normatiza em âmbito nacional o enfermeiro como único profissional responsável pela classificação de risco, associada a esta função e amparada pela resolução COFEN n.º 358/2009, que normatiza e obriga o enfermeiro a aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todos os serviços de saúde⁽⁸⁻¹⁰⁾.

No processo de Classificação de Risco o enfermeiro tem o papel fundamental de acolher e agregar, pois além de ser o profissional definido pelo MS para realizar a classificação, dentre seus atributos deve possuir a capacidade de elaborar o processo educativo do usuário e família durante e após o AACR, orientando-os quanto ao serviço a ser utilizado. Justifica a ação o fato de haver muitas pessoas que são acostumadas com o atendimento pautado por ordem de chegada, e que acabam por não compreendendo a finalidade da classificação. O enfermeiro deve ainda ser capacitado para treinar as equipes de AACR e gerenciar o serviço de urgência/emergência⁽¹¹⁾.

Para o enfermeiro que atua na classificação de risco, algumas características são imprescindíveis, tais como: habilidade da escuta qualificada, com a devida atenção as queixas dos pacientes; capacidade de correta avaliação após analisar as queixas; saber encaminhar o indivíduo de acordo com sua categorização, registro e detalhamento da queixa principal, pois, estas informações registradas no prontuário do paciente são um guia para tomadas de decisões posteriores; habilidade em trabalhar em equipe, sabendo direcionar os colaboradores que fazem parte da equipe de enfermagem, bem como o treinamento contínuo dos mesmos; capacidade de raciocínio clínico com agilidade mental para a tomada de decisão, pois muitos pacientes estão com suas vidas em risco por muitas vezes frações de minutos e, com a agilidade mental, otimiza-se a vida; deter conhecimento dos sistemas de apoio na rede assistencial para fazer o encaminhamento responsável do paciente quando for o caso. Essas atribuições exigem do enfermeiro conhecimento clínico dos sinais e sintomas, habilidades de semiologia e semiotécnica para avaliação da queixa principal e rapidez para associar as condições clínicas apresentadas às recomendações do protocolo institucional⁽¹²⁾.

O presente estudo possui como objetivo selecionar e analisar os sinais e sintomas, apresentados por pacientes do pronto-socorro do hospital privado de grande porte

Hospital Nove de Julho (H9J) do município de São Paulo, por meio de pesquisa de campo, com análise retrospectiva em prontuários.

MÉTODO

Estudo retrospectivo, transversal, observacional não intervencionista, com a avaliação e extração de dados dos prontuários de pacientes atendidos nos serviços de Pronto Atendimento, internados após caracterização de urgência ou emergência, em um hospital particular de grande porte localizado em São Paulo (capital), o Hospital Nove de Julho (H9J), mediante aprovação ética do hospital e elaboração de termo de consentimento para uso de banco de dados eletrônicos.

O estudo teve como base análise dos prontuários dos atendimentos de urgência e emergência do Hospital Nove de Julho (H9J), localizado no Estado de São Paulo, capital. O H9J é considerado um hospital de grande porte de acordo com a quantidade de leitos (de 199 a 499); e de excelência, acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

O levantamento das informações foi feito por meio da análise de prontuários dos clientes atendidos nos serviços de urgência e emergência da instituição no período de um ano, sendo considerado o ano de 2014. Neste ano foram realizados 4230 atendimentos de urgência e ou emergência. Por ser um número bastante grande para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se uma população infinita, sendo então calculada a amostra mínima representativa da população de pacientes atendidos na emergência. O método utilizado para o cálculo da amostra foi o de uma amostragem aleatória simples para população infinita, considerando um intervalo com 95% de confiança.

Após verificar que os dados coletados ficaram abaixo do que seria aceitável para a amostra, foi realizado um outro cálculo de erro padrão, o qual refere-se à estatística média ou erro padrão da média. Foi utilizado o valor do desvio padrão obtido em amostras de uma determinada população. Situou-se no campo do intervalo de confiança e/ou teste de hipóteses. Este cálculo representou a repetibilidade e reprodutibilidade, ou seja, englobou a qualidade da medição (acurácia e precisão). O resultado obtido foi de 5,2%, ou seja, o erro de precisão teve pouca variação em termos de reprodutibilidade, sendo este número de prontuários coletados aceitável do ponto de vista estatístico.

A coleta se iniciou em janeiro de 2015, mais precisamente no dia primeiro de janeiro de 2015, com análise retrospectiva. Considerando que a coleta foi feita por sorteio dos prontuários, os documentos poderiam datar de janeiro a quase o último dia do mês de dezembro; portanto, a coleta foi iniciada após a finalização do ano de 2014.

O projeto de pesquisa foi elaborado respeitando os preceitos éticos contidos na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Bandeirantes-Anhanguera sob o n.º 509.173 e CAAE: 23526413.8.0000.5493.

As informações principais extraídas dos prontuários foram as variáveis dependentes (classificação por cores determinada assim que o indivíduo foi avaliado pelo enfermeiro no PS), sendo as características por cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), somando um n.3, devido à caracterização da amostra, que deveria conter somente pacientes de urgências e/ou emergências, sendo os pacientes mais graves.

Após determinadas as variáveis dependentes, coletou-se as variáveis independentes (sinais e sintomas apresentados na admissão no PS), descritos no prontuário como História da Moléstia Atual, juntamente com os resultados dos sinais vitais (SSVV). Essas variáveis somaram um n.63.

Considerações para a seleção dos prontuários com amostra considerando erro amostral de 5%. Foram determinados os seguintes critérios: Ordenados todos os prontuários em ordem numérica, com as variações de 1 a 352; Sorteou-se um primeiro número entre 1 e 12 (sorteio = 10); Selecionou-se, no caso, o décimo (10º) prontuário; Desconsiderou-se 11 prontuários e selecionamos o próximo; Repetiu-se os passos anteriores até completarmos 352 prontuários; porém, a coleta foi finalizada no prontuário de número 87. Assim a coleta foi realizada, sendo selecionados 87 prontuários. Destes extraiu-se 86, pois um não estava classificado em urgências e/ou emergências e foi excluído da amostra. Este número tornou-se suficiente apresentando um $d=10,50\%$.

A Análise de Correspondência é uma técnica descritiva para identificar a relação existente entre as classes das variáveis (características do estudo). Aqui o investigador teve interesse na análise simultânea das relações entre diversas características, através das categorias de resposta. No caso do estudo, o interesse foi avaliar a associação dos sintomas apresentados e a gravidade do paciente⁽¹³⁾.

Inicialmente foram feitas comparações dos sintomas encontrados e das categorias de risco nas quais o paciente foi alocado. Sendo assim, o intuito desta análise foi verificar se há associação dos sintomas comparados entre os grupos de risco por cores (amarelo, laranja e vermelho). Para as comparações, foi utilizado o teste Qui-Quadrado.

Para identificar os fatores de risco, ou seja, os sintomas que indicam que o paciente foi alocado a um determinado nível de risco, foi realizada a Análise de Regressão Logística. Para esta análise, foram inseridos no modelo inicial os 63 sintomas avaliados no estudo.

O método de Regressão Logística utilizado foi o Ste-

pwise Forward, que não incluiu no modelo final as variáveis (sintomas) que analisadas conjuntamente apresentavam-se sem significância estatística. Dessa forma, das variáveis inicialmente inseridas no modelo apenas entraram no modelo final aquelas que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$). As demais variáveis não entraram no modelo pelo motivo de não apresentarem significância estatística - $p > 0,05$ ⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos informam quais sintomas estão mais associados aos diferentes níveis de gravidade dentro de uma escala de cores em cinco níveis, sendo respectivamente por gravidade máxima à mínima as cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, com base na classificação de risco manchester, descrita anteriormente, e após, realizada análise estatística de correspondência, para apresentar quais são as características (variáveis independentes) que estão agrupadas entre si e as isoladas que se encaixam em uma ou mais escalas de classificações de risco.

No gráfico adiante estão apresentados os resultados da análise. Por meio dos quais podemos observar que categorias com maior proximidade são aquelas que possuem comportamentos semelhantes de respostas. Logo, os sintomas com menores distâncias a uma determinada gravidade são os que estão mais próximos a ela.

Como exemplo pode-se citar que obstrução das vias aéreas e dispneia com dor torácica estão mais próximas ao risco vermelho (emergência), tão logo, a ausência de sinais vitais (SSVV) está também diretamente ligada a tão e somente ao risco vermelho, não sendo este sintoma uma característica que pode ser agrupada em outra classe, mas somente nesta. O sintoma dor abdominal grave está mais próximo ao risco laranja.

O sintoma “grandes hemorragias” está próximo tanto do risco vermelho como do risco laranja, logo, sua classificação em uma categoria dependerá da associação com outro(s) sintoma(s) mais forte(s). Os demais sintomas foram avaliados de forma análoga.

Adiante, temos um mapa de correspondência que ilustra os sintomas e mostra como se agrupam em relação as categorias por cores, o qual apresenta os dados obtidos dos prontuários e as possíveis relações de proximidade entre as variáveis independentes (sintomas) somando um total de 64, com as variáveis dependentes (classificações). Estes sintomas são apresentados em espaço de cinco dimensões, e indica quanto os sintomas se aproximam das suas devidas classificações.

Os números representados nos eixos x e y não são consideradas matrizes numéricas do ponto de vista estatístico e sim coeficientes de variações. Considerando toda a figura, os eixos de maior interesse são os circu-

lados, em que as variáveis independentes se aproximam mais de uma determinada categoria de cor. Estes dados representam eixos de um universo infinito no qual as variáveis independentes mais próximas a uma determinada categoria são mais relevantes, $p < 0,05$, e pode-se avaliar que estas variáveis próximas a uma categoria são relevantes para colocá-las em uma determinada classe, pois há semelhanças entre as variáveis. Já as que se apresentam distantes de quaisquer categorias, pode-se inferir que têm baixa correspondência em relação às classes.

Considerando o universo com cinco dimensões, nota-se que pacientes com obstrução de vias aéreas, Respiração de Kussmaul, dor torácica com dispneia e dispneia acentuada estão mais próximos da classe vermelha, sendo considerados pacientes de emergência. Outros sintomas como parada cardiorrespiratória, choque profundo, ausência de sinais vitais e secreção rósea pela boca são clínicas que isoladamente integram o paciente nesta categoria, pois são sintomas tão fortes que surgindo sem associação com outros sintomas já inserem o paciente em risco vermelho, ou seja, atendimento imediato.

Na classificação de risco, prioritariamente o enfermeiro deve identificar prontamente todos os pacientes com risco de morte, que seriam indivíduos com clínicas mais próximas à classe vermelha, e dependendo da classificação, como as descritas acima, otimizar o atendimento por gravidade e não por ordem de chegada⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Na categoria vermelha devem ser inseridos os pacientes de maior complexidade, pois o ambiente é equipado com o objetivo de avaliar e estabilizar os pacientes das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Estes pacientes deverão ser encaminhados diretamente à sala vermelha (emergência) devido à necessidade de atendimento imediato, tais como os sintomas descritos acima, que convergem com os apresentados pelo Ministério da Saúde⁽¹⁶⁾, mas que incluem outros não apresentados nesta investigação, podendo até mesmo não terem sido vistos nas análises dos prontuários pelo tamanho menor da amostra, ou até mesmo estar relacionados direta ou indiretamente às épocas do ano das amostras, considerando que em épocas mais festivas as emergências acabam aumentando devido ao comportamento humano, como por exemplo o comprometimento da coluna vertebral, que não foi incluso em nossa amostra por não ser relatado em nenhum prontuário investigado.

Os sintomas dor abdominal grave, temperatura abaixo de 36°C ou acima de $37,8^{\circ}\text{C}$, PA abaixo de 100×60 mmHg ou acima de 140×90 mmHg e agitação estão mais próximos à categoria laranja, sendo sintomas de suma relevância, mas que juntos ou separados não alocam o indivíduo na categoria vermelha.

O sintoma de distúrbios visuais, isoladamente, está tanto próximo à categoria laranja, quanto à categoria

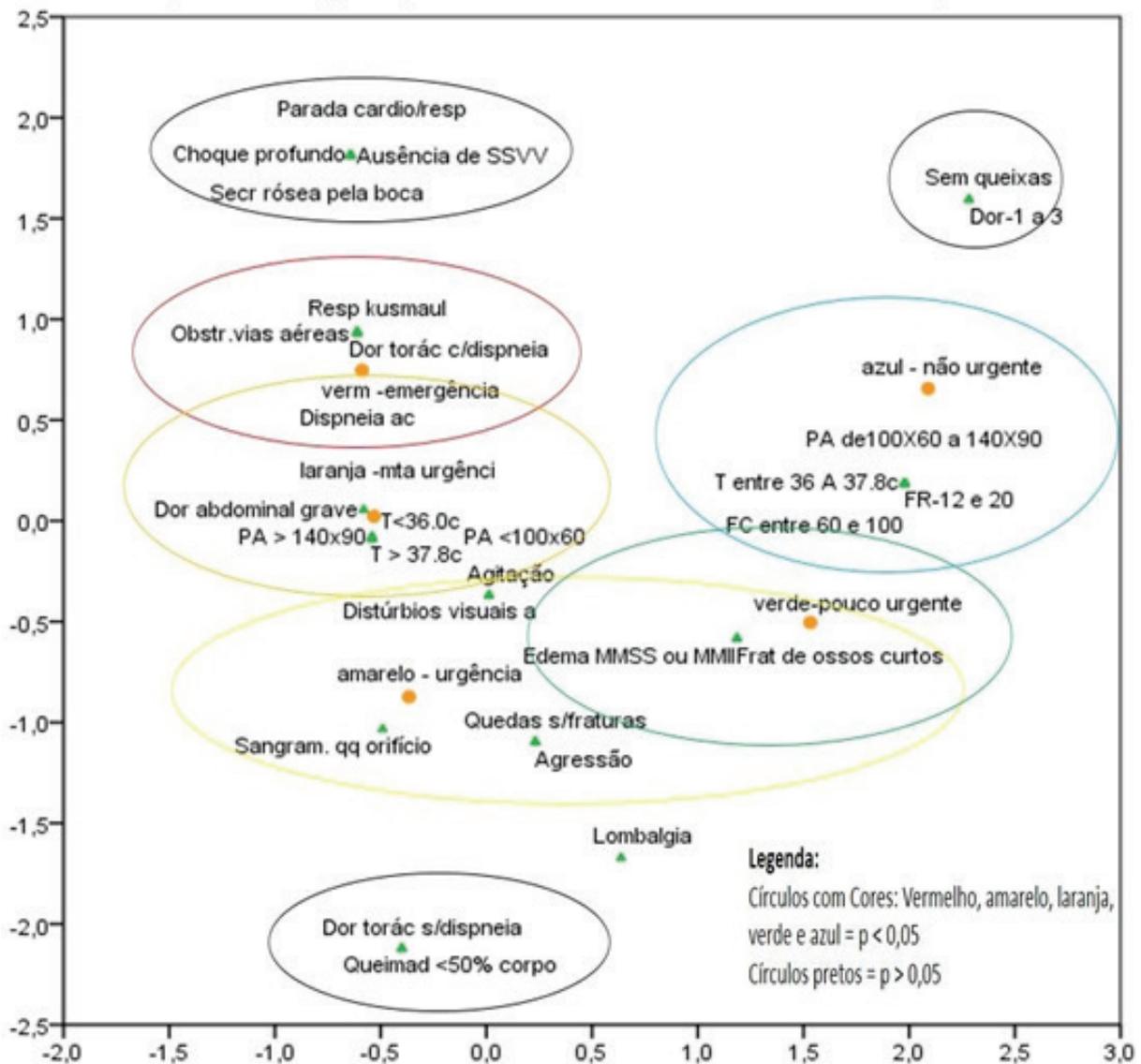


FIGURA 1 – Mapa de Correspondência de localização das variáveis independentes em suas respectivas categorias por cores. São Paulo, SP, Brasil, 2014-2015.

Fonte: dados da pesquisa.

amarela. Pacientes que sangram por qualquer orifício, tem edemas em membros superiores (MMSS) ou em membros inferiores (MMII), fraturas de ossos curtos, quedas sem fraturas, sofreram agressões ou que apresentem lombalgia estão mais próximos à categoria amarela.

A classificação amarela destina-se a pacientes críticos e semicríticos que já foram estabilizados no atendimento inicial. Estes pacientes precisam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, mas não correm riscos imediatos. Deverão ser encaminhados à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco – prioridade um, atendimento em no máximo 15 minutos, agrega dentre outros os sintomas citados na pesquisa⁽¹⁶⁾.

Os sintomas de edemas nos MMSS ou MMII e fraturas de ossos curtos estão tanto próximos à categoria amarela quanto à verde podendo ser classificados em ambas classes, o que será determinado com a associação

a outros sintomas. Nesta categoria devemos alocar pacientes não críticos, que estão em observação, ou aguardando vagas nas unidades de internação ou até mesmo remoções para outros hospitais. Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas, atendidos com prioridade sobre consultas simples, sendo que o atendimento deve ser em no máximo 30 minutos⁽¹⁶⁾.

Os sintomas agrupados de sinais vitais dentro da normalidade se inserem tanto na classe verde quanto na azul, nas quais o paciente pode esperar um tempo prolongado por atendimento.

A classificação azul é destinada a receber pacientes para consultas de baixa e média complexidade. O enfermeiro tem sido o profissional de escolha mundialmente aceito a realizar este tipo de trabalho, orientado por protocolo para direcionar suas ações. Este serviço deve ter área de acolhimento com fluxo obrigatório na che-

gada. Engloba as demais condições não enquadradas nas situações acima, em que o atendimento será de acordo com o horário de chegada. O tempo de espera pode variar em até 3 horas, de acordo com a demanda dos atendimentos totais^(16,18).

O AACR propõe que haja uma organização dos acessos aos usuários aos serviços de emergência, abolindo a forma corriqueira de entrada por filas e/ou ordem de chegada, melhorando assim as relações entre profissionais de saúde e usuários no que concerne à forma de escutá-los em seus problemas e demandas; melhora a integração com a equipe e aperfeiçoa o trabalho grupal, ofertando responsabilidades compartilhadas dos profissionais em relação aos usuários e o aumentando a vinculação entre profissionais e usuários do sistema, criando confiança entre os atores do processo; aborda o usuário para além da doença e suas queixas; realiza abordagem bio-psico-sócio-espiritual e cultural, respeitando a capacidade do serviço e a demanda^(11,19).

O processo de classificação de risco inicia-se com apresentação da queixa, que direcionará o paciente para a cor correta de acordo com sua clínica. Sucessivas questões são feitas relativas aos discriminadores, até que se obtenha resposta positiva e fidedigna. Chega-se, então, à prioridade clínica, definindo o nível de urgência com a cor correspondente e o tempo provável de atendimento⁽²⁰⁾.

Cada nível de prioridade clínica é composto por sinais e sintomas que os discriminam. Neste sentido temos os discriminadores gerais, que se aplicam independentemente a todos os doentes e surgem repetidas vezes ao longo dos fluxogramas. São exemplos de discriminadores gerais: risco de vida, dor, hemorragia, grau de estado de consciência, temperatura e agravamento da condição apresentada. Os discriminadores específicos aplicam-se aos casos individuais, ou seja, estão diretamente relacionados com características inerentes à queixa principal e tendem a relacionar-se com características-chave de condições particulares⁽⁷⁾.

As análises a seguir foram realizadas com base em prontuários de 86 pacientes (Tabela 2). Foram avaliados:

A Tabela 1 indica que metade da amostra 50% (n.43) são pacientes que foram classificados na categoria vermelho, respondendo por pacientes de extrema urgência, devendo ser atendidos com prioridade e imediatamente pela equipe de saúde, pois correm

risco grande de perder a vida, seguidos por 34,9% (n.30) de pacientes categorizados na classe amarela por correrem risco de vida, mas que podem esperar para serem atendidos devido suas condições de saúde, que exigem cuidados, mas não imediatos. Já na classe laranja foram apresentados 15,1%(n.13) de pacientes cujos cuidados são de extrema importância, mas não necessitam de atendimento imediato, pois são considerados casos graves que podem aguardar.

As doenças cerebrovasculares (DCVS), que incluem as doenças cardíacas como síndromes coronarianas agudas (SCA), IAM, e Acidente Vascular Cerebral (AVC) são a primeira causa de morte no Brasil e têm maior incidência em indivíduos na faixa etária entre 35 a 64 anos. Mesmo com todos os programas de redução de riscos e de mortalidade por DCV disponíveis atualmente no país e no mundo, algumas projeções indicam o aumento de sua importância relativa em países de baixa e média renda, correspondendo, neste grupo, a 80% do total de mortes. Causando em torno de 17,3 milhões de mortes ao ano, estas doenças supracitadas incluem clínicas específicas que se inserem na classe vermelha e foram apresentadas no estudo, tais como Respiração Kussmaul, obstrução das vias aéreas, dor torácica com dispnéia e dispnéia acentuada. Neste estudo o n 43 correspondeu a 50% da amostra dos prontuários, demonstrando a importância que este tipo de trabalho tem em identificar os potenciais pacientes com risco de morte e ofertar a consecutiva assistência imediata, evitando assim que estes índices de mortes aumentem^(21,22).

Barbieri⁽²³⁾ classifica os sintomas em três níveis de prioridade, sendo classificados, respectivamente, do mais grave para o menos grave em emergencial, urgente e não urgente. Pacientes com sintomas tais como dificuldade de respirar ou parada respiratória, parada cardíaca, dor torácica aguda com dispnéia ou cianose, traumatismo craniano, choque profundo, coma ou hemorragia grave são classificados na categoria emergência, pois estas condições são potencialmente ameaçadoras à vida ou à ação normal de qualquer órgão. São necessárias medidas de salvamento e atendimento imediato.

Sintomas tais como dor torácica sem associação a sintomas respiratórios, queimaduras, dor abdominal grave, náusea persistente, vômito e/ou diarreia e/ou sangramento por qualquer orifício, colocam os pacientes em

TABELA 1 – Classificação de risco por cores (protocolo Manchester). São Paulo, SP, Brasil, 2014-2015.

	N	%
Vermelho – emergência	43	50,0
Laranja - muita urgência	13	15,1
Amarelo – urgência	30	34,9
Total	86	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

classe de urgência. Estes são considerados indivíduos em condições graves, mas geralmente não perigosas se o suporte médico e o tratamento tiverem uma pequena demanda. O tratamento deve ter início em período entre 20 minutos e 2 horas⁽²³⁾.

Já dor de cabeça moderada, queimaduras leves, corrimento vaginal ou peniano, infecções respiratórias superiores ou urinárias, fraturas menores, luxações e distensões, dor crônica nas costas ou outra queixa crônica são sintomas que levam o indivíduo à classe não emergencial. Serão pacientes com prioridade mínima, pois as condições apresentadas permitem uma demora maior para o atendimento médico sem prejuízo ao paciente. O atendimento deve ser realizado após todas as condições emergentes e urgentes terem sido atendidas⁽²³⁾.

Nesta perspectiva, ao realizar a classificação de risco, o enfermeiro otimiza o atendimento ao paciente de acordo com a cor atribuída, uma vez que agiliza o atendimento de pacientes de classe amarela enquanto a de

classe vermelha seria uma falha grave que poderia responder ao óbito de outrem.

Comparações das variáveis entre as três categorias de risco por cores

Inicialmente foram comparados os sintomas encontrados e as categorias de risco nas quais o paciente foi alocado. Sendo assim, o intuito desta análise foi verificar se houve associação dos sintomas comparados entre os grupos de risco por cores (amarelo, laranja e vermelho). As categorias verde e azul não aparecem na pesquisa devido os critérios de inclusão da amostra.

Para as comparações foi utilizado o teste Qui-Quadrado. Para os testes, foi considerado um nível de significância de 5%, desta forma, foi considerado haver diferença entre os grupos de risco quando o valor de p foi menor do que 0,05 ($p < 0,05$). Pelos resultados descritos na Tabela 2, pode-se observar que não houve diferença, estatisticamente significativa, entre os grupos em alguns sintomas ($p < 0,05$).

TABELA 2 – Comparação dos sintomas entre as classificações de risco. São Paulo, SP, Brasil, 2014-2015

Classificação de risco por cores (protocolo Manchester)								
		Vermelho - Emergência		Laranja - muita Urgência		Amarelo – Urgência		Valor de p
		N	%	N	%	n	%	
Ausência de SSVV	Não	33	76,7%	13	100,0%	30	100,0%	0,003
	Sim	10	23,3%	0	0,0%	0	0,0%	
PA > 140x90	Não	34	79,1%	10	76,9%	26	86,7%	0,645
	Sim	9	20,9%	3	23,1%	4	13,3%	
PA < 100x60	Não	38	88,4%	9	69,2%	29	96,7%	0,036
	Sim	5	11,6%	4	30,8%	1	3,3%	
PA entre 100x60 a 140x90	Não	37	86,0%	7	53,8%	18	60,0%	0,014
	Sim	6	14,0%	6	46,2%	12	40,0%	
T > 37.8 c	Não	35	81,4%	8	61,5%	29	96,7%	0,014
	Sim	8	18,6%	5	38,5%	1	3,3%	
T < 36.0 c	Não	42	97,7%	10	76,9%	27	90,0%	0,051
	Sim	1	2,3%	3	23,1%	3	10,0%	
T entre 36 A 37.8 c	Não	39	90,7%	11	84,6%	6	20,0%	<0,001

		Classificação de risco por cores (protocolo Manchester)		Laranja - muita Urgência		Amarelo – Urgência		Valor de p
		Vermelho - Emergência		N	%	n	%	
FC > 100 BPM	Sim	4	9,3%	2	15,4%	24	80,0%	0,908
	Não	29	67,4%	9	69,2%	19	63,3%	
FC < 60 BPM	Sim	14	32,6%	4	30,8%	11	36,7%	0,011
	Não	41	95,3%	10	76,9%	30	100,0%	
FC entre 60 e 100	Sim	2	4,7%	3	23,1%	0	0,0%	0,003
	Não	36	83,7%	7	53,8%	14	46,7%	
	Sim	7	16,3%	6	46,2%	16	53,3%	

Obstrução de vias aéreas	Não	41	95,3%	11	91,7%	30	100,0%	0,355
	Sim	2	4,7%	1	8,3%	0	0,0%	
Respiração Kussmaul/ Biot ou Cheyne-Stokes	Não	42	97,7%	10	76,9%	30	100,0%	0,003
	Sim	1	2,3%	3	23,1%	0	0,0%	
Dispneia acentuada	Não	29	67,4%	10	76,9%	21	70,0%	0,808
	Sim	14	32,6%	3	23,1%	9	30,0%	
FR > 20	Não	29	67,4%	5	38,5%	17	56,7%	0,165
	Sim	14	32,6%	8	61,5%	13	43,3%	
FR < 12	Não	37	86,0%	11	84,6%	30	100,0%	0,093
	Sim	6	14,0%	2	15,4%	0	0,0%	
FR entre 12 e 20	Não	36	83,7%	11	84,6%	14	46,7%	0,001
	Sim	7	16,3%	2	15,4%	16	53,3%	
Dor irradiada	Não	43	100,0%	6	46,2%	29	96,7%	<0,001
	Sim	0	0,0%	7	53,8%	1	3,3%	
Dor de 1 a 3	Não	43	100,0%	13	100,0%	30	100,0%	***
	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Dor de 4 a 6	Não	42	97,7%	13	100,0%	30	100,0%	0,603
	Sim	1	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	
Dor de 7 a 10	Não	39	90,7%	2	15,4%	17	56,7%	<0,001
	Sim	4	9,3%	11	84,6%	13	43,3%	
Paralisias totais parciais ou perda de sensibilidade	Não	33	76,7%	8	61,5%	30	100,0%	0,003
	Sim	10	23,3%	5	38,5%	0	0,0%	
Fraturas de ossos longos	Não	36	83,7%	12	92,3%	29	96,7%	0,193
	Sim	7	16,3%	1	7,7%	1	3,3%	
Fraturas de ossos curtos	Não	31	72,1%	13	100,0%	23	76,7%	0,102
	Sim	12	27,9%	0	0,0%	7	23,3%	
Múltiplas fraturas	Não	38	88,4%	11	84,6%	30	100,0%	0,118
	Sim	5	11,6%	2	15,4%	0	0,0%	
Fraturas na cabeça	Não	28	65,1%	12	92,3%	30	100,0%	<0,001
	Sim	15	34,9%	1	7,7%	0	0,0%	
Cefaleia moderada	Não	42	97,7%	13	100,0%	23	76,7%	0,004
	Sim	1	2,3%	0	0,0%	7	23,3%	
Cefaleia intensa	Não	27	62,8%	2	15,4%	18	60,0%	0,008

	Classificação de ri		sco por cores (proto		colo Manchester)		Valor de p	
	Vermelho - Emergência		Laranja - muita Urgência		Amarelo - Urgência			
	N	%	N	%	n	%		
Dor torácica sem dispneia	Sim	16	37,2%	11	84,6%	12	40,0%	0,307
	Não	42	97,7%	12	92,3%	30	100,0%	
Dor torácica com dispneia	Sim	1	2,3%	1	7,7%	0	0,0%	0,030
	Não	34	79,1%	11	84,6%	30	100,0%	
RNC/inconsciência	Sim	9	20,9%	2	15,4%	0	0,0%	0,008
	Não	28	65,1%	4	30,8%	24	80,0%	
Cianose	Sim	15	34,9%	9	69,2%	6	20,0%	0,020
	Não	21	48,8%	12	92,3%	18	60,0%	
	Sim	22	51,2%	1	7,7%	12	40,0%	

Parada cardíaca e respiratória	Não	31	72,1%	13	100,0%	30	100,0%	0,001
	Sim	12	27,9%	0	0,0%	0	0,0%	
Trauma craniano	Não	27	62,8%	12	92,3%	27	90,0%	0,009
	Sim	16	37,2%	1	7,7%	3	10,0%	
Choque profundo	Não	43	100,0%	13	100,0%	30	100,0%	***
	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Coma	Não	34	79,1%	12	92,3%	30	100,0%	0,021
	Sim	9	20,9%	1	7,7%	0	0,0%	
Hemorragias controláveis	Não	40	93,0%	13	100,0%	30	100,0%	0,211
	Sim	3	7,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Grandes hemorragias	Não	43	100,0%	12	92,3%	29	96,7%	0,246
	Sim	0	0,0%	1	7,7%	1	3,3%	
Dor abdominal grave	Não	43	100,0%	12	92,3%	30	100,0%	0,058
	Sim	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	
Náuseas vômitos ou diarreias	Não	43	100,0%	12	92,3%	19	63,3%	<0,001
	Sim	0	0,0%	1	7,7%	11	36,7%	
Queimaduras em mais de 50% corpo	Não	37	86,0%	13	100,0%	30	100,0%	0,040
	Sim	6	14,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Queimadura em menos de 50% corpo	Não	43	100,0%	13	100,0%	30	100,0%	***
	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Sangramento por qualquer orifício	Não	34	79,1%	11	84,6%	30	100,0%	0,030
	Sim	9	20,9%	2	15,4%	0	0,0%	
Relato de uso de tóxicos, medicações ou drogas ilícitas	Não	38	88,4%	12	92,3%	15	50,0%	<0,001
	Sim	5	11,6%	1	7,7%	15	50,0%	
Sintomas de infecção	Não	43	100,0%	12	92,3%	30	100,0%	0,058
	Sim	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	
Edema MMSS ou MMII	Não	26	60,5%	7	53,8%	12	40,0%	0,225
	Sim	17	39,5%	6	46,2%	18	60,0%	
Suor excessivo	Não	33	76,7%	1	7,7%	29	96,7%	<0,001
	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	

Classificação de risco por cores (protocolo Manchester)

	Vermelho - Emergência	Laranja - muita Urgência	Amarelo - Urgência	Valor de p
	Agressão			
Distúrbios visuais agudos	Secreção rósea pela boca de origem pulmonar			
	Corpo estranho em outros orifícios			
Convulsões	Corpo estranho nas VAS			
Agitação	Gravidez com sangramentos			
Autoagressão	Gravidez sem sangramentos			

Acidente com animal peçonhento		N	%	N	%	n	
		% Sim	10	23,3%	12	92,3%	1
		3,3%					
Quedas sem fraturas	Não	28	65,1%	6	46,2%	26	86,7%
							0,019
Quedas com fratura	Sim	15	34,9%	7	53,8%	4	13,3%
Lombalgia	Não	33	76,7%	6	46,2%	15	50,0%
							0,027
	Sim	10	23,3%	7	53,8%	15	50,0%

DST	Não	41	95,3%	11	84,6%	26	86,7%	
								0,325
Estase jugular	Sim	2	4,7%	2	15,4%	4	13,3%	
Sem queixas	Não	39	90,7%	13	100,0%	19	63,3%	
								0,002
	Sim	4	9,3%	0	0,0%	11	36,7%	
	Não	43	100,0%	12	92,3%	29	96,7%	
								0,246
	Sim	0	0,0%	1	7,7%	1	3,3%	
	Não	42	97,7%	13	100,0%	30	100,0%	
								0,603
	Sim	1	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	
	Não	43	100,0%	13	100,0%	30	100,0%	

	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Não	42	97,7%	13	100,0%	30	100,0%	
								0,603
	Sim	1	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	
	Não	43	100,0%	12	92,3%	30	100,0%	
								0,058
	Sim	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	
	Não	43	100,0%	8	61,5%	30	100,0%	

	Sim	0	0,0%	5	38,5%	0	0,0%	
	Não	43	100,0%	12	92,3%	30	100,0%	
								0,058
	Sim	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	
	Não	43	100,0%	12	92,3%	16	53,3%	
								<0,001
	Sim	0	0,0%	1	7,7%	14	46,7%	
	Não	43	100,0%	12	92,3%	19	63,3%	
								<0,001
	Sim	0	0,0%	1	7,7%	11	36,7%	

Na tabela anterior notou-se os resultados descritos adiante, segundo os quais pode-se inferir que não houve diferença, estatisticamente significativa, entre os grupos em relação a alguns sintomas ($p < 0,05$), evidenciando que: Há um maior percentual de pacientes com ausência de SSVV no grupo vermelho ($p = 0,003$); Há um maior percentual de pacientes com $PA < 100 \times 60$ no grupo laranja ($p = 0,036$); Há um maior percentual de pacientes com $PA < 100 \times 60$ a 140×90 nos grupos laranja e amarelo ($p = 0,014$); Há um maior percentual de pacientes com $T > 37,8^\circ C$ no grupo laranja ($p = 0,014$); Há um maior percentual de pacientes com temperatura de $36^\circ C$ a $37,8^\circ C$ no grupo amarelo ($p < 0,001$); Há um maior percentual de pacientes com $FC < 60$ BPM no grupo laranja ($p = 0,011$); Há um maior percentual de pacientes com FC entre 60 e 100 nos grupos laranja e amarelo ($p = 0,003$); Há um maior percentual de pacientes com respiração Kussmaul/Biot ou Cheyne-Stokes no grupo laranja ($p = 0,003$); Há um maior percentual de pacientes com FR entre 12 e

20 no grupo amarelo ($p = 0,001$); Há um maior percentual de pacientes com dor irradiada no grupo laranja ($p < 0,001$); Há um maior percentual de pacientes com dor de 7 a 10 no grupo laranja ($p < 0,001$); Há um maior percentual de pacientes com paralisias totais parciais ou perda de sensibilidade nos grupos vermelho e laranja ($p = 0,003$); Há um maior percentual de pacientes com fratura na cabeça no grupo vermelho ($p < 0,001$); Há um maior percentual de pacientes com cefaleia moderada no grupo amarelo ($p = 0,004$); Há um maior percentual de pacientes com cefaleia intensa no grupo laranja ($p = 0,008$); Há um maior percentual de pacientes com dor torácica com dispneia no grupo vermelho ($p = 0,030$); Há um maior percentual de pacientes com RNC/inconsciência no grupo laranja ($p = 0,008$); Há um maior percentual de pacientes com cianose no grupo vermelho ($p = 0,020$); Há um maior percentual de pacientes com parada cardíaca e respiratória no grupo vermelho ($p = 0,001$); Há um maior percentual de pacientes com trauma craniano no

grupo vermelho (p. 0,009); Há um maior percentual de pacientes com coma no grupo vermelho (p. 0,021); Há um maior percentual de pacientes com náuseas, vômitos ou diarreias no grupo amarelo (p. <0,001); Há um maior percentual de pacientes com queimaduras em mais de 50% corpo no grupo vermelho (p. 0,040); Há um maior percentual de pacientes com sangramento por qualquer orifício no grupo vermelho (p. 0,030); Há um maior percentual de pacientes com relato de uso de tóxicos/ medicações ou drogas ilícitas no grupo amarelo (p. <0,001); Há um maior percentual de pacientes com suor excessivo no grupo laranja (p. <0,001); Há um maior percentual de pacientes com distúrbios visuais agudos no grupo laranja (p. 0,019); Há um maior percentual de pacientes com convulsões nos grupos laranja e amarelo (p. 0,027); Há um maior percentual de pacientes com autoagressão no grupo amarelo (p. 0,002); Há um maior percentual de pacientes com quedas (com ou sem fraturas) no grupo amarelo (p. <0,001); Há um maior percentual de pacientes com DST no grupo amarelo (p. <0,001); Há um maior percentual de pacientes com estase jugular no grupo laranja (p. 0,010).

Todos os dados apresentados convergem com a literatura, uma vez que, como a classificação de risco é padronizada, as possibilidades de erros são menores, e este não foi o objetivo do trabalho; os dados foram pesquisados somente para analisar se os pacientes dos serviços de emergência apresentavam os sintomas descritos na literatura, o que foi identificado como aspecto positivo.

REGRESSÃO LOGÍSTICA

A análise a seguir foi realizada com o intuito de verificar a interferência conjunta das variáveis (diferentes sintomas) em relação à presença de determinado risco. Quer-se, então, identificar os fatores que influenciam a ocorrência de cada um dos riscos.

Nesta análise, para cada risco foram avaliados duas categorias, conforme descrito a seguir: Risco do paciente ser alocado na cor vermelha x não ser alocado nesta categoria;

Risco do paciente ser alocado na cor laranja x não ser alocado nesta categoria; Risco do paciente ser alocado na cor amarela x não ser alocado nesta categoria;

Para identificar os fatores de risco, ou seja, os sintomas que indicam que o paciente foi alocado de acordo com determinado nível de risco, foi realizada a análise de Regressão Logística. Para esta análise foram inseridos no modelo inicial todos os 63 sintomas avaliados no estudo.

O método de Regressão Logística utilizado foi o Stepwise Forward, que não inclui no modelo final as variáveis (os sintomas) e que analisadas conjuntamente apresentavam-se sem significância estatística. Desta forma, das variáveis inicialmente inseridas no modelo apenas entraram no modelo final aquelas que apresentaram significância estatística (p<0,05). As demais variáveis não entraram devido à baixa relevância estatística.

Os resultados para cada um dos modelos avaliados estão apresentados abaixo. Devido ao pequeno tamanho da amostra, nem todos os sintomas puderam entrar no modelo final.

Vale salientar que nas situações em que um determinado sintoma só apareceu para determinado risco não foi possível que este sintoma entrasse na estimação do modelo, pois para os demais riscos a categoria foi zero, ou seja, nenhum paciente com este sintoma apareceu nas demais categorias de risco. Nestes casos, o sintoma deve ser citado descritivamente. Por exemplo, o sintoma “queimaduras em mais de 50% corpo” só apareceu no grupo alocado para categoria vermelha, ou seja, todos os pacientes com “queimaduras em mais de 50% corpo” foram alocados na categoria vermelha. Desta forma, este sintoma é importante para esta categoria, mas não foi possível incluí-lo no modelo.

Análise para avaliação de Emergência (vermelho)

Além dos sintomas que apareceram exclusivamente para este grupo (como exemplo “queimaduras em mais de 50% corpo”), apenas três outros sintomas se destacaram como indicador para ser alocado no grupo vermelho: paralisias totais, parciais ou perda de sensibilidade, fraturas na cabeça e coma (Quadro 1).

QUADRO 1 – Variáveis presentes no modelo de classificação Vermelha. São Paulo, SP, Brasil, 2014-2015

Variável	Coefficiente	Nível descritivo (valor de p)	Odds ratio - OR (Exp(coef))	Limite Inferior (OR)	Limite Superior (OR)
Paralisias totais, parciais ou perda de sensibilidade	1,75	0,008	5,73	1,58	20,73
Fraturas na cabeça	3,80	0,001	44,57	5,25	378,31
Coma	3,24	0,004	25,47	2,86	226,71

Fonte: dados da pesquisa.

Interpretação dos Coeficientes da Regressão Logística: pacientes com paralisias totais, parciais ou perda de sensibilidade têm 5,73 vezes mais chances de serem pacientes de emergência do que em outras categorias; pacientes com fraturas na cabeça têm 44,57 vezes mais chances de serem pacientes de emergência do que em outras categorias e pacientes com coma têm 25,47 vezes mais chances de serem pacientes de emergência do que em outras categorias.

Análise para avaliação de Muita Urgência (Laranja)

Além dos sintomas que apareceram exclusivamente para este grupo, apenas três outros sintomas se destacaram como indicador para ser alocado nesta categoria, sendo: dor irradiada, dor de 7 a 10 e suor excessivo (Quadro 2).

Interpretação dos Coeficientes da Regressão Logística: pacientes com dor irradiada têm 64,38 vezes mais chances de serem pacientes de muita urgência do que de outras categorias; há uma tendência de que pacientes com dor de 7 à 10 tem de 8 a 10 vezes mais chances de serem pacientes de muita urgência do que em outras categorias e pacientes com suor excessivo têm 20,07 vezes mais chances de serem pacientes de muita urgência do que em outras categorias.

Os pacientes que apresentaram dor nos SUE, em especial as que irradiam para outra parte do corpo, analisam a dor em escalas mais elevadas do que pacientes com dores locais sem irradiação. Dores assim devem ser valorizadas pelos profissionais que os atendem, uma vez que forem tratados o mais breve possível, preferencialmente entre 60 a 90 minutos, tem mais chances de melhoras⁽²⁴⁾.

Análise para avaliação de Urgência (Amarelo)

Além dos sintomas que apareceram exclusivamente para este grupo, apenas quatro outros sintomas se destacaram como indicador para ser alocado no grupo amarelo: FR entre 12 e 20, cefaleia moderada, náuseas, vômitos ou diarreias e DST (Quadro 3).

Interpretação dos Coeficientes da Regressão Logística: pacientes com FR entre 12 a 20 têm 27,72 vezes mais chances de serem pacientes de urgência do que em outras categorias; há uma tendência dos pacientes com cefaleia moderada terem 14,70 vezes mais chances de serem pacientes de urgência do que em outras categorias; pacientes com Náuseas, Vômitos ou Diarreias têm 25,88 vezes mais chances de ser um paciente de urgência do que em outras categorias e pacientes com DST têm 24,97 vezes mais chances de serem pacientes de urgência do que em outras categorias.

CONCLUSÃO

A pesquisa de campo retrospectiva feita por análise de prontuários foi importante para validar os dados já descritos na literatura. Esta deu sustentação aos dados coletados em literatura, e reuniu todos os resultados.

Um dos benefícios dessa coleta de dados foi o fato das informações estarem dispostas em meio eletrônico, otimizando a busca proposta pelas investigações deste estudo.

Enfatiza-se a relevância da tecnologia no meio hospitalar, principalmente o registro do paciente sendo aberto em seu primeiro contato com o profissional de enfermagem no acolhimento/avaliação de risco, tal qual possibilita a melhoria da comunicação entre todos os integrantes da equipe multidisciplinar em saúde a partir do fácil e rápido acesso.

QUADRO 2 – Variáveis presentes no modelo de classificação Laranja. São Paulo, SP, Brasil, 2014-2015

Variável	Coefficiente	Nível descritivo (valor de p)	Odds ratio - OR (Exp(coef))	Limite Inferior (OR)	Limite Superior (OR)
Dor irradiada	4,16	0,018	64,38	2,03	2040,49
Dor de 7 a 10	2,09	0,084	8,10	0,76	86,85
Suor excessivo	3,00	0,015	20,07	1,78	226,15

Fonte: dados da pesquisa.

QUADRO 3 – Variáveis presentes no modelo de classificação Amarelo. São Paulo, SP, Brasil, 2014-2015

Variável	Coefficiente	Nível descritivo (valor de p)	Odds ratio -OR (Exp(coef))	Limite Inferior (OR)	Limite Superior (OR)
FR entre 12 e 20	3,32	<0,001	27,72	4,43	173,39
Cefaleia moderada	2,69	0,070	14,70	0,80	269,96
Náuseas vômitos ou diarreias	3,25	0,015	25,88	1,86	360,39
DST	3,22	0,002	24,97	3,38	184,29

Fonte: dados da pesquisa.

O enfermeiro é o profissional que realiza a classificação de risco, porém, mesmo embasado em protocolos específicos, sua avaliação é intuitiva. Sendo este estudo um recorte da Tese intitulada “O enfermeiro na classificação de risco no pronto-socorro: proposta de desenvolvimento de *software*”, o autor do estudo primário, a

fim de agilizar o processo de classificação e minimizar os erros intuitivos da avaliação, elaborou uma proposta de um *software* com base no protocolo de classificação de risco de Manchester para auxiliar o enfermeiro nesta primeira etapa do atendimento, o acolhimento/classificação de risco.

REFERÊNCIAS

1. Souza MF, Figueredo LA, Pinto I. Análises da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. *Cienc. Cuid. Saude.* 2010; 9(1):13-20.
2. Azevedo JMR, Barbosa MA. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. *Rev. Enf. UERJ.* 2007 jan./mar.; 15(1):33-9.
3. Cavalcante RB, Rates HF, Silva LTC, Mello RA, Dayrrel KM. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. *Rev. Enf. Cent. O. Min.* Setembro. 2012; 2(3):428-437.
4. Duncan BB, Chór D, Aquino EML, Bensenor IJM, Mill JG, Schmidt MI, Lotufo PA, Vigo A, Barreto SM. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil; prioridades para o enfrentamento e investigação. *Rev. de Saúde Pública* 2012; 46 (supl1):126-34.
5. Guedes MV, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev. Bras. Enferm.*, 2013 jan.-fev.; 66(1):31-7.
6. Vituri DW, Inoue KC, Bellucci-Junior JA, Oliveira CA, Rossi RM, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013 set.-out.; 21(5):9.
7. Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco [Internet]. GBACR. História da classificação de risco, 2009 [acesso em 10 mar 2013]. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107.
8. Ulhôa ML, Garcia FC, Lima CT, Santos DS, Castro PAA. A implementação de nova tecnologia: implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto atendimento de um hospital público de urgência e emergência. *RGO.* 2010; 3(1).
9. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n.º 423/2012. Brasília (DF): COFEN, 2012.
10. Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução n.º 2077. São Paulo (SP): CFM/CRMESP, 2014.
11. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências. 3. ed. ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 236.
12. Acosta AM, Duro CLM, Lima MAD. Atividade do enfermeiro nos sistemas de classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha. Enf.* 2012 Dec.; 33(4).
13. Johnson RA, Wichern DW. *Applied multivariate statistical analysis.* 4. ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall; 1999. p 770.
14. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression.* New York: John Wiley & Sons; 1989.
15. Jiménez, JG. *Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias.* *Emergencias.* 2003; 15:165-74.
16. Ministério da Saúde (BR). Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização- PNH. Cartilha da PNH: Acolhimento com Classificação de risco. Brasília (DF); 2004.
17. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth CB, Belaver GM, Bertonecello KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev. Enf. UERJ.* 2011 jan./mar.; 19(1):84-8.
18. Pinto-Júnior D. Classificação de risco em uma unidade de urgência de um hospital municipal de Belo Horizonte. 2011. 94 f. (Dissertação). Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2011.
19. Pai D, Lautert L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. *Esc. Anna Nery.* 2011 Jul./Sep.; 15(3).
20. Coutinho AAP, Cecílio LC, Mota JAC. Classificação de risco em serviço de emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de Manchester. *Rev. Med. Minas Gerais.* 2012; 22(2).
21. Ishitani LI, Franco GF, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40(4):684-91.
22. Organização Mundial da Saúde. Dia mundial do coração preconiza hábitos de vida saudáveis desde a infância. 2013.
23. Barbieri R. *SOS Cuidados.* 1. Ed. São Paulo: Editora Rideel; 2010.
24. Franco B, Rabelo ER, Goldmeyer S, Souza ENS. Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviços de emergência: implicações para a educação em saúde. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2008 mai./jun.; 16(3).