

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

**CARMEN LUCIA MOTTIN DURO**

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA NA PERSPECTIVA  
DOS ENFERMEIROS**

**Porto Alegre**

**2014**

**CARMEN LUCIA MOTTIN DURO**

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA NA PERSPECTIVA  
DOS ENFERMEIROS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Políticas, avaliação e atenção em Saúde e Enfermagem

**Professor Orientador:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Alice Dias da Silva Lima

**Porto Alegre**

**2014**

## CIP - Catalogação na Publicação

Duro, Carmen Lucia Mottin  
Classificação de risco em serviços de urgência na  
perspectiva dos enfermeiros / Carmen Lucia Mottin  
Duro. -- 2014.  
222 f.

Orientadora: Maria Alice Dias da Silva Lima.

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

1. Triagem. 2. Acolhimento. 3. Serviços médicos de  
emergência. 4. Tomada de decisão. 5. Enfermagem. I.  
Lima, Maria Alice Dias da Silva, orient. II. Título.

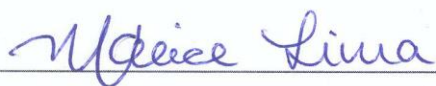
**CARMEN LUCIA MOTTIN DURO**

**Classificação de risco em serviços de urgência na perspectiva dos enfermeiros.**

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

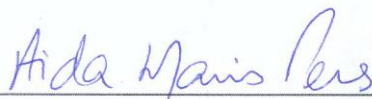
Aprovada em Porto Alegre, 25 de abril de 2014.

**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Presidente – PPGENF/UFRGS



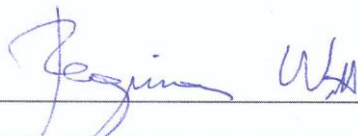
Profa. Dra. Aida Maris Peres

Membro – UFPR



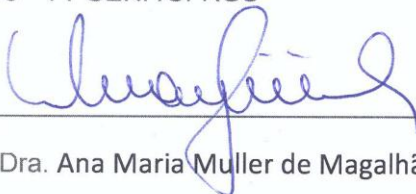
Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Membro – USP-RP



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Maria Muller de Magalhães

Membro – PPGENF/UFRGS

Dedico esta pesquisa aos profissionais, anônimos, que, na linha de frente dos serviços de urgência, lutam para assegurar aos usuários, com respeito e empatia a cada um, o acesso ao sistema de saúde com a dignidade possível, de acordo com as possibilidades e limites que a organização suporta.

**Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito para ser insignificante.**

*Charles Chaplin*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, inicialmente, à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Alice Dias da Silva Lima, orientadora deste estudo, pelos constantes ensinamentos, pelo auxílio e paciência durante todo o processo de formação, compreendendo as dificuldades que surgiram no decorrer da construção da pesquisa.

Agradeço a todos os membros do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva, Linha de Pesquisa Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem que por meio das discussões contribuíram sobremaneira para a identificação do meu objeto de estudo e da construção da pesquisa.

Agradeço especialmente à bolsista de iniciação científica Luciana Andressa Feil Weber, a qual me acompanhou em todas as fases da pesquisa, me prestando colaboração e apoio inestimáveis.

Agradeço às minhas colegas de disciplina, Administração em Enfermagem - Estágio Curricular I, pelo apoio em relação ao meu afastamento das atividades acadêmicas, durante o período do Doutorado em Enfermagem.

Agradeço ao meu companheiro pelos momentos em que me ausentei do seu convívio, para realizar a pesquisa em questão e o reconhecimento por todas as atividades cotidianas que ele assumiu, permitindo o desenvolvimento do estudo.

Agradeço aos meus familiares e amigos pelo apoio durante o exercício solitário de escrever, especialmente à minha irmã e minha mãe, pelos telefonemas e visitas que elevavam meu ânimo.

Agradeço aos enfermeiros e pesquisadores, participantes do estudo, que se dispusera a participar e a realizar o preenchimento do instrumento de pesquisa, e que contribuíram para consolidar a importância do enfermeiro que atua na Classificação de Risco em serviços de urgência.

**A TODOS, MEU MUITO OBRIGADA!**

## RESUMO

DURO, Carmen Lucia Mottin. **Classificação de risco em serviços de urgência na perspectiva dos enfermeiros**. 2014. 222 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

A Classificação de Risco foi implantada nos serviços de urgência com a finalidade de priorizar o atendimento, considerando a gravidade da situação clínica e a necessidade de cuidados imediatos dos usuários. No entanto, há dificuldades em relação ao desenvolvimento desta atividade pelo enfermeiro. Assim, o objetivo do estudo é avaliar a Classificação de Risco nos serviços de urgência na perspectiva dos enfermeiros. Para atingir essa finalidade foi realizado estudo exploratório, quantitativo, de mensuração de opinião, por meio da técnica Delphi. Foram realizadas três rodadas de aplicação de questionários interativos, que circularam entre os participantes até obtenção de consenso. Para a composição do painel dos especialistas foi utilizada a técnica de bola de neve. Os dados foram coletados por meio de questionário inserido na plataforma eletrônica *SurveyMonkey*®, de acesso *on-line*, e foram submetidos a tratamento estatístico. Foi estipulado como consenso o percentual acima ou igual a 70% das respostas. Os resultados obtidos indicaram que a Classificação de Risco é um dispositivo orientador de fluxo de usuários e de priorização da gravidade clínica, contribuindo para a diminuição do tempo de espera dos pacientes em condições clínicas graves e permitindo a redução de agravos e sequelas de pacientes urgentes. Além disso, os participantes concordaram que a classificação de risco organiza o trabalho dos enfermeiros e do serviço de urgência. A avaliação do estado clínico por meio do desenvolvimento da escuta qualificada às queixas dos usuários foi identificada como uma das ações dos enfermeiros na classificação de risco, sendo que a autonomia no exercício dessa atividade foi considerada como uma das potencialidades. Quanto à formação necessária para a realização da classificação de risco, foi indicado o conhecimento clínico como base para a tomada de decisão na priorização do atendimento ao paciente. A experiência profissional em classificação de risco foi também identificada para o julgamento da prioridade de atendimento do paciente e a capacidade intuitiva foi apontada como facilitadora. Para isso, os enfermeiros necessitam de habilidades de comunicação e de enfrentamento dos conflitos com os usuários. Dentre as fragilidades, houve consenso de discordância de que o ambiente da classificação de risco seja capaz de promover o acolhimento do paciente e de favorecer a privacidade. Foi considerado que o dimensionamento do número de enfermeiros por turno de trabalho não é suficiente para a realização da classificação de risco nos serviços de urgência, de forma que a demanda excessiva de usuários e o número inadequado de profissionais podem expor os enfermeiros da classificação de risco à elevada carga de trabalho. Também houve consenso de discordância quanto à disponibilização de capacitações periódicas aos enfermeiros sobre a utilização dos protocolos/escalas de classificação de risco. Quanto à fragilidade de ações dos enfermeiros na classificação de risco, foi indicada a falta de reavaliação da condição clínica do paciente durante o período de tempo de espera pelo atendimento, o que pode gerar agravamento da condição clínica do paciente e prejuízos ao exercício profissional do enfermeiro. Conclui-se que os enfermeiros representam suporte profissional, cognitivo e emocional na Classificação de Risco. Os resultados sinalizam que a qualificação permite que os enfermeiros continuem atuando na avaliação e classificação do risco nos serviços de urgência e permanecerão realizando essa atividade no futuro.

**Palavras-chave:** Triagem. Acolhimento. Serviços médicos de emergência. Tomada de decisão. Enfermagem.



## ABSTRACT

DURO, Carmen Lucia Mottin. Risk classification in emergency services from the nurses' perspective. 2014. 222 f. Thesis (PhD in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

The Risk Classification was deployed in emergency services in order to prioritize care, considering the severity of clinical status and need immediate attention from users. However, there are difficulties regarding the development of this activity by nurses. The objective of the study is to evaluate the triage performed at emergency services, from the nurses' perspective. To achieve this purpose was conducted exploratory study, quantitative measurement of opinion by the Delphi technique. The subjects answered interactive questionnaires, which circulated among the participants for three rounds, until reaching consensus. The board of experts was composed using the snowball method. Data were collected using a questionnaire available on *SurveyMonkey*®, an online electronic platform, and submitted to statistical analysis. It was established that consensus would be reached when 70% or more answers were equal. The findings show that triage is a tool that guides patient flow and rates clinical severity, thus contributing to reducing the waiting time for patients in severe clinical conditions, and permitting to reduce complications and sequels in emergency patients. Furthermore, the participants agreed that triage organizes the work of nurses and the emergency service. It was identified that the evaluation of the clinical condition by carefully listening to the patient's complaints was one of the actions that nurses used to classify the risk, and that the autonomy of this activity was considered one of its strengths. As to the necessary training to conduct triage, it was indicated that clinical knowledge should be the foundation for making decisions when establishing priorities in patient care. Professional experience was also considered important in triage to judge the priority of patient care, and intuition was pointed out as a facilitator. Nurses, therefore, must have communication skills as well as coping skills to deal with the patients' conflicts. Among the weaknesses, there was consensus of the disagreement that the triage environment promotes patient embracement and offers privacy. It was considered that nurse staffing per working shift is insufficient to perform triage at emergency services, in a way that the excessive demand of patients and the insufficient number of professionals can expose triage nurses to high work overload. There was also consensus regarding the disagreement of the availability of periodic training for nurses on how to use triage protocols/scales. Regarding the weakness of the triage nurses' practice, it was indicated there was a lack of reevaluations of the patient's clinical condition during the waiting time, which could worsen the patient's clinical condition and harm the nurses' practice. In conclusion, nurses represent professional, cognitive and emotional support to triage. The findings indicate that qualification allows nurses to continue conducting triage at emergency services and will continue performing this activity in the future.

**Keywords:** Triage. Embracement. Emergency medical services. Decision making. Nursing.

## RESUMEN

DURO, Carmen Lucia Mottin. Clasificación de Riesgo en servicios de emergencia desde la perspectiva de enfermeras. 2014. 222 f. Tesis (Doctorado en Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

La clasificación de riesgo se desplegó en los servicios de emergencia con el fin de priorizar la atención, teniendo en cuenta la gravedad de la situación clínica y la necesidad de atención inmediata por parte de los usuarios. Sin embargo, existen dificultades en relación con el desarrollo de esta actividad por las enfermeras. El objetivo del estudio es evaluar la clasificación de riesgo los servicios de emergencia desde la perspectiva de las enfermeras. Para lograr este propósito se realizó un estudio exploratorio, la medición cuantitativa de la opinión por la técnica Delphi. Se realizaron tres rondas de aplicación de cuestionarios interactivos, que circularon entre los participantes hasta obtenerse consenso. Para conformar el panel de especialistas se utilizó la técnica de la bola de nieve. Datos recolectados mediante cuestionario ingresado en plataforma informática *SurveyMonkey*®, disponible online, sometidos a tratamiento estadístico. Fue estipulado como consenso un porcentaje igual o superior al 70% de respuestas. Los resultados obtenidos indicaron que la Clasificación de Riesgo es un dispositivo orientador de flujo de usuarios y de priorización de gravedad clínica, contribuyendo a disminuir el tiempo de espera de pacientes en condiciones clínicas graves y permitiendo la reducción de agravamientos y secuelas en pacientes de urgencia. Además, los participantes concordaron en que la clasificación de riesgo organiza el trabajo de los enfermeros y del servicio de urgencias. La evaluación del estado clínico mediante el desarrollo de escucha calificada de quejas de pacientes fue señalada como una de las acciones de enfermería en la clasificación de riesgo, considerándose la autonomía en el ejercicio de la actividad como una de las potencialidades. Respecto a la formación necesaria para realización de clasificación de riesgo, se indicó el conocimiento clínico como base para toma de decisiones en priorización de atención del paciente. La experiencia profesional en clasificación de riesgo fue también mencionada para determinar la prioridad de atención del paciente, la capacidad intuitiva resultó señalada como facilitadora. Para ello, los enfermeros necesitan poseer habilidades comunicacionales y de enfrentamiento a los conflictos de los pacientes. Entre las fragilidades, hubo consenso de discordancia sobre que el ámbito de clasificación de riesgo sea capaz de promover la recepción del paciente y favorecer su privacidad. Se consideró que el dimensionamiento numerario de enfermeros por turno laboral es insuficiente para la realización de clasificación de riesgo en los servicios de urgencias, dado que la demanda excesiva de pacientes y la escasez de exponen a los enfermeros de clasificación de riesgo a una carga laboral elevada. También hubo consenso de discordancia respecto a la disponibilización de capacitación periódica para los enfermeros sobre la utilización de protocolos/escalas de clasificación de riesgo. Acerca de la fragilidad de acciones de los enfermeros en la clasificación de riesgo, se indicó la falta de reevaluación de la condición clínica del paciente durante el tiempo de espera previo a la atención, lo cual puede agravar la condición clínica del mismo y perjudicar el ejercicio profesional del enfermero. Se concluye en que los enfermeros representan soporte profesional, cognitivo y emocional en la Clasificación de Riesgo. Los resultados señalan que la calificación permite que los enfermeros continúen actuando en la evaluación y clasificación del riesgo en los servicios de urgencias, y continuarán realizando dicha actividad en el futuro.

**Palabras clave:** Triage. Acogimiento. Servicios médicos de urgencia. Toma de decisiones. Enfermería.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização da amostra de enfermeiros ou pesquisadores que atuam na Classificação de Risco em serviços de urgência, participantes do painel Delphi na primeira rodada, segunda rodada e terceira rodada, segunda aspectos demográficos, Brasil, 2013.	68
Tabela 2	Dados sobre a atividade profissional desenvolvida por enfermeiros ou pesquisadores que atuam na Classificação de Risco em serviços de urgência, participantes do painel Delphi, na primeira, segunda e terceira rodadas do Estudo Delphi, Brasil, 2013.	70
Tabela 3	Dados sobre a Classificação de Risco desenvolvida pelos enfermeiros ou pesquisadores que atuam em serviços de urgência, participantes do painel Delphi da primeira, segunda e terceira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.	72
Tabela 4	Opinião dos enfermeiros em relação à dinâmica da organização do trabalho na Classificação de Risco no serviço de urgência na primeira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.	74
Tabela 5	Opinião dos enfermeiros em relação às ações do enfermeiro na avaliação e classificação de risco do paciente nos serviços de urgência, na atualidade, na primeira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.	75
Tabela 6	Opinião dos enfermeiros em relação às ações do enfermeiro na avaliação e classificação de risco do paciente em serviço de urgências, na atualidade e nos próximos 10 anos, na primeira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.	76
Tabela 7	Opinião dos enfermeiros em relação aos conhecimentos e habilidades do enfermeiro, necessários para a realização da Classificação de Risco em serviços de urgência na atualidade, na primeira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.	77
Tabela 8	Opinião dos enfermeiros em relação aos conhecimentos e habilidades do enfermeiro, necessários para a realização da Classificação de Risco em serviços de urgência na atualidade e nos próximos 10 anos, na primeira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.	78
Tabela 9	Opinião dos enfermeiros em relação à utilização do protocolo/escala de Classificação de Risco em serviço de urgência, na atualidade e nos próximos 10 anos, na primeira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.	79

Tabela 10	Opinião dos enfermeiros em relação à estrutura organizacional para a Classificação de Risco em serviços de urgência na atualidade e nos próximos 10 anos, na primeira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.	80
Tabela 11	Opinião dos enfermeiros em relação à dinâmica da organização do trabalho na Classificação de Risco em serviços de urgência, na atualidade, na segunda rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.	82
Tabela 12	Opinião dos enfermeiros em relação às ações do enfermeiro na avaliação e classificação de risco do paciente no serviço de urgência, na atualidade, na segunda rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.	82
Tabela 13	Opinião dos enfermeiros em relação aos conhecimentos e habilidades do enfermeiro, necessários para a realização da Classificação de Risco no serviço de urgência, na atualidade e nos próximos 10 anos, na segunda rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.	83
Tabela 14	Opinião dos enfermeiros em relação à utilização do protocolo/escala de Classificação de Risco no serviço de urgência, na atualidade, na segunda rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.	84
Tabela 15	Opinião dos enfermeiros em relação à utilização do protocolo/escala de Classificação de Risco no serviço de urgência, nos próximos 10 anos, na segunda rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.	85
Tabela 16	Opinião dos enfermeiros em relação à estrutura organizacional para a Classificação de Risco no serviço de urgência, na atualidade e nos próximos 10 anos, na segunda rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013	86
Tabela 17	Opinião dos enfermeiros nas questões que obtiveram consenso de concordância e de discordância na terceira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013	87
Tabela 18	Opinião dos enfermeiros nas questões que não obtiveram consenso de concordância e de discordância na terceira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013	88

## LISTA DE SIGLAS

PNH- Política Nacional de Humanização

AACR – Acolhimento com avaliação e classificação de Risco

ATS- Australasian Triage Scale

ITS - Ipswich Triage Scale

NTS - National Triage Scale for Australasian Emergency Department

CTAS -Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale

MTS- Manchester Triage System

ESI - Emergency Severity Index –

MAT- Model Andorrà de Triatge

SET - Sistema Espanhol de Triagem

RAC - Recepción, Acogida y Clasificación

SUS - Sistema Único de Saúde

PNAU- Política Nacional de Atenção às Urgências

NEU - Núcleos de Educação em Urgência

SAMU- Serviço de atendimento móvel de urgência

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

PNHAH - Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

QUALISUS - Qualificação do Sistema Único de Saúde

AAEN - Associação Australiana de Enfermagem

RNU – Rede Nacional de Urgências

ESF – Estratégia de Saúde da Família

RAS- Rede de Atenção à Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## LISTA DE FIGURAS

<b>Quadro 1</b>	<b>Etapas do Estudo Delphi sobre a Classificação de Risco na perspectiva do enfermeiro.</b>	<b>61</b>
<b>Quadro 2</b>	<b>Diagrama de potencialidades e fragilidades da dinâmica da organização do trabalho na Classificação de Risco em serviços de urgência.</b>	<b>143</b>
<b>Quadro 3</b>	<b>Diagrama de potencialidades e fragilidades das ações do enfermeiro na realização da Classificação de Risco em serviços de urgência.</b>	<b>145</b>
<b>Quadro 4</b>	<b>Diagrama de potencialidades e fragilidades de conhecimentos e habilidades necessários ao enfermeiro para a realização da Classificação de Risco em serviços de urgência.</b>	<b>148</b>
<b>Quadro 5</b>	<b>Diagrama de potencialidades e fragilidades na utilização dos protocolos/escalas de Classificação de Risco em serviços de urgência.</b>	<b>151</b>
<b>Quadro 6</b>	<b>Diagrama de potencialidades e fragilidades da estrutura organizacional para a Classificação de Risco em serviços de urgência.</b>	<b>153</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	22
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	22
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	23
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	23
<b>3.1</b>	<b>Utilização da Triagem Estruturada em serviços de urgência e emergência</b> .....	23
<b>3.2</b>	<b>Organização da Atenção às Urgências no Brasil e a Classificação de Risco</b> .....	31
<b>3.3</b>	<b>Atuação dos enfermeiros na Triagem em Serviços de Urgência no Cenário Internacional</b> .....	38
<b>3.4</b>	<b>Atuação dos enfermeiros no Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco em Serviços de Urgência no Cenário Nacional</b> .....	46
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	51
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo</b> .....	51
<b>4.2</b>	<b>Técnica Delphi</b> .....	51
<b>4.3</b>	<b>Seleção dos Participantes</b> .....	56
<b>4.4</b>	<b>Instrumento da Pesquisa</b> .....	58
<b>4.5</b>	<b>Procedimentos de Coleta dos Dados</b> .....	60
<b>4.6</b>	<b>Análise dos Dados</b> .....	64
<b>4.7</b>	<b>Considerações Éticas</b> .....	65
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	67
<b>5.1</b>	<b>Resultados do perfil de participantes do estudo Delphi</b> .....	67
<b>5.2</b>	<b>Resultados da mensuração de opinião dos participantes do estudo Delphi</b> .....	73
<b>5.2.1</b>	<b>Resultados da primeira rodada de opiniões dos participantes do Estudo Delphi</b> .....	73
<b>5.2.2</b>	<b>Resultados da segunda rodada de opiniões dos participantes do Estudo Delphi</b> .....	81
<b>5.2.3</b>	<b>Resultados da terceira rodada de opiniões dos participantes do Estudo Delphi</b> .....	86
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	89
<b>6.1</b>	<b>Discussão dos resultados da primeira rodada de opiniões do estudo Delphi</b> .....	89
<b>6.2</b>	<b>Discussão dos resultados da segunda rodada de opiniões do estudo Delphi</b> .....	106
<b>6.3</b>	<b>Discussão dos resultados da terceira rodada de opiniões do estudo Delphi</b> .....	126
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	143
<b>7.1</b>	<b>Potencialidades e fragilidades da Classificação de Risco</b> .....	143
<b>7.2</b>	<b>Tendências da Classificação de Risco para o futuro</b> .....	156
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	159
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	163

<b>APÊNDICE A - APRESENTAÇÃO DA PESQUISA AOS PARTICIPANTES.....</b>	<b>184</b>
<b>APÊNDICE B - OFÍCIO-CONVITE PARA A PARTICIPAÇÃO NO PAINEL E SINALIZAÇÃO DE CONTATOS.....</b>	<b>187</b>
<b>APÊNDICE C - OFÍCIO-CONVITE PARA OS JUÍZES PARA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO.....</b>	<b>188</b>
<b>APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE PESQUISA PRIMEIRA RODADA ESTUDO DELPHI .....</b>	<b>189</b>
<b>APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE PESQUISA SEGUNDA RODADA ESTUDO DELPHI.....</b>	<b>203</b>
<b>APÊNDICE F- INSTRUMENTO DE PESQUISA TERCEIRA RODADA ESTUDO DELPHI.....</b>	<b>216</b>
<b>ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA- UFRGS- PLATAFORMA BRASIL.....</b>	<b>221</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A triagem/classificação de risco tem sido adotada em serviços de urgência, com a finalidade de gerenciar o ordenamento no acesso e fluxo dos usuários para priorização de atendimento, considerando a gravidade da situação clínica e necessidade de cuidados imediatos (QURESHI, 2010). No cenário internacional, a triagem é considerada um sistema de gestão utilizado para priorizar o atendimento aos pacientes com segurança quando as necessidades e as demandas excedem a capacidade instalada de recursos materiais, humanos e de infraestrutura (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006).

O termo triagem é utilizado em países anglo-saxônicos, como EUA, Inglaterra, Suécia, Austrália. Porém, países latinos têm buscado outras expressões, já que o verbo triar exprime exclusão. A sociedade espanhola introduziu o termo RAC, que significa *Recepción, Acogida y Clasificación* de pacientes (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, 1999). Da mesma forma, no Brasil, a expressão classificação de risco, é sinônimo de triagem estruturada. Para fins deste estudo, o termo ‘Classificação de Risco’ tem significado similar à ‘triagem’ desenvolvida em outros países.

Os serviços de urgência, inicialmente, foram organizados com a finalidade de atender casos graves, de forma rápida e eficaz, prestando assistência em situações de emergência e urgência para os usuários portadores de agravos agudos e casos agudizados de doenças crônicas, de traumas e doenças transmissíveis (TANABE et al., 2008; BITTENCOURT; HORTALE, 2009; GANLEY; GLOSTER, 2011). No entanto, a disponibilização de atendimento imediato à população, com vistas à recuperação da saúde e à reversão de agravos crônicos, tem levado, nas últimas décadas, ao aumento da demanda de pacientes, ocasionando superlotação nesses serviços, em diversos países do mundo (XU; NELSON; BERK, 2009; CENDÓN; IGLESIA; RODRÍGUEZ, 2010).

A superlotação dos serviços de urgência se caracteriza pela presença de leitos permanentemente ocupados, pacientes em macas nos corredores, falta de leitos disponíveis, alta tensão na equipe que presta a assistência.

Outros indicadores da superlotação constituem o não recebimento de ambulâncias em razão da saturação operacional, pacientes aguardando por atendimento durante horas,

sentados em cadeiras, mal acomodados, em espaços superlotados (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Como consequência da superlotação pode ocorrer atraso no diagnóstico e tratamento e aumento de risco de complicações devido à descontinuidade do tratamento (GANLEY; GLOSTER, 2011). Hoot e Aronky (2008) destacam que anteriormente à utilização do sistema de triagem, os profissionais do corpo clínico dos serviços de emergências deparavam-se com o dilema ético de escolher qual seria o paciente a ser atendido primeiro e qual deles poderia suportar um pouco mais a dor e a espera.

Acrescenta-se que a demanda excessiva para serviços de urgência gera desorganização da própria unidade, o que implica em custos individuais e desperdício de recursos públicos (O'DWYER, 2010). Assim, foram empreendidas medidas para tentar diminuir o fluxo de pacientes e ordenar o atendimento prestado frente à situação de superlotação nos serviços de urgência, entre elas, o sistema de triagem estruturada.

Os sistemas de triagem estruturada consistem na disponibilidade de um sistema/escala de classificação válida, útil e reproduzível e uma estrutura física, profissional e tecnológica dos serviços de urgência que permita a classificação dos pacientes, com base no grau de urgência. O processo de triagem implica em diferentes níveis de urgência ou priorização do atendimento. A classificação dos pacientes é realizada de forma a assegurar a segurança de pacientes à espera de tratamento médico (JIMÉNEZ, 2006). A proposta é a avaliação, definição do motivo e classificação do risco, de modo que uma prioridade seja estabelecida para o atendimento. Dessa forma, tem sido considerada como uma atividade que facilita a gestão do risco clínico e a gestão do serviço (MENDES, 2011).

A literatura internacional tem descrito que o enfermeiro é o profissional que desenvolve essa atividade nos serviços de urgência (JIMÉNEZ, 2003; ISERSON; MOSKOP, 2007; MONTEJANO; VISSER, 2010; FITZGERALD et al., 2010). Desde a década de 60, os enfermeiros de urgência tem alterado o seu processo de trabalho nos serviços de emergência, recebendo influência das alterações demográficas de cada contexto, do perfil epidemiológico das doenças e fatores estruturais, assim como dos recursos tecnológicos implementados. Mudanças quanto ao tipo de pacientes que procuram os serviços são decorrentes do aumento de acidentes, da violência urbana, da longevidade da população, da falta de organização estrutural da rede de atenção à saúde, que envolve a dificuldade de acesso aos serviços da atenção básica e a falta de leitos para internação na rede pública (HOOT; ARONSKY, 2008; MENDES, 2010).

Nesse cenário, a enfermagem de emergência, como especialidade, tem evoluído com objetivo de prestar cuidados a uma população que enfrenta diversos riscos e formas de agressão à sua condição de saúde (FORSGREN; FORSMAN; CARLSTRÖM, 2009). Embora o foco principal dos enfermeiros de emergência, historicamente, tenha sido proporcionar estabilização e reanimação de vítimas em situação de risco de morte, atualmente, o enfermeiro também assume o cuidado de pacientes que não possuem gravidade sob o ponto de vista técnico e clínico (VALDEZ, 2009).

Desta forma, o papel da enfermagem de emergência tornou-se multidimensional e dinâmico. Os enfermeiros têm por atribuições realizar avaliações precisas, identificando situações que envolvem risco à vida e priorizando o atendimento ao paciente, intervindo em situações emergentes e de crise, em um ambiente, que é muitas vezes caótico (VALDEZ, 2009). Assim, devem desenvolver o cuidado prestado aos usuários e gerenciar a superlotação de pacientes nos serviços de urgência (FORSGREN; FORSMAN; CARLSTRÖM, 2009).

Entre essas atribuições está a avaliação do usuário na porta de entrada do serviço de urgência, na triagem estruturada. As atividades dos enfermeiros na triagem dizem respeito à identificação dos pacientes em situação de risco, mediante um protocolo sistematizado padrão, além de assegurar a priorização e o nível de classificação de acordo com a urgência da condição clínica do paciente, determinando a área mais adequada para o atendimento no serviço. Implica também na reavaliação periódica dos pacientes considerados como não urgentes e fornecimento de informações aos familiares e acompanhantes sobre o tipo de atendimento que necessita (JIMÉNEZ, 2003).

No cenário internacional, após 20 anos da implantação da triagem estruturada nos serviços de urgências hospitalares, esta atividade tem sido desenvolvida por enfermeiros, com utilização de protocolos, implantados em departamentos de urgência de diferentes países. Estudos sobre a eficácia dos protocolos, as habilidades necessárias para o enfermeiro realizar esta atividade, além de outros fatores que envolvem este processo, têm sido descritos na literatura internacional (DIOGO, 2007; EDWARDS; SINES, 2008; CHUNG, 2005; CHEN et al., 2010; GÖRANSSON et al., 2006; ANDERSSON; OMBERG; SVEDLUND, 2006)

No contexto brasileiro, na maioria dos estados e municípios, os serviços de urgência sofrem o impacto de problemas relacionados à organização da rede de saúde, contribuindo para críticas ao modelo nacional de assistência à saúde, as quais dizem respeito ao estrangulamento das portas de entrada dos serviços de urgência. A rede de

atenção às urgências e às emergências foi construída utilizando-se uma matriz em que se cruzam os níveis de atenção, os territórios sanitários e os pontos de atenção à saúde. A integração dos serviços de urgência e emergência em rede pode determinar um fluxo pactuado pelos serviços (MENDES, 2011). As Redes de Atenção à Saúde (RAS) estruturam-se no sentido de prestar atendimento tendo como critério a continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária à saúde) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição) (MENDES, 2011).

Estudo de Bittencourt e Hortale (2009) concluiu que o afunilamento no ingresso dos usuários pode ser explicado por dois fenômenos distintos: um deles é a superlotação das unidades de urgência, causada por um problema de gestão de rede, ocasionada pela falta de estrutura das unidades de saúde, em especial as de atenção primária e secundária, outra é a superlotação por insuficiência de leitos e má gestão/regulação dos leitos dos hospitais.

Com a intenção de propor intervenções resolutivas para esse cenário de superlotação, os serviços de urgência, vêm adotando dispositivos que envolvem ordenamento no acesso e fluxo dos usuários, entre os quais está a Classificação de Risco (COELHO et al., 2010). O sistema de classificação de risco é potente ferramenta de comunicação, corresponsabilização e regulação, na RAS, das condições agudas (MENDES, 2011).

No Brasil, o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) para serviços de urgência foi apresentado na cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2004. O AACR propõe um protocolo de classificação de risco como modelo de intervenção para organizar o fluxo dos usuários e reorganizar o atendimento nas portas de entrada do sistema de atenção às urgências. Essa proposta do Ministério da Saúde pretende propiciar a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, por meio da escuta qualificada das queixas do usuário e reconhecendo o mesmo como participante do processo de produção da saúde (BRASIL, 2009).

Atualmente, os serviços de urgência vêm trabalhando com a perspectiva de que o acolhimento deverá ocorrer em todo o processo de atendimento do paciente desde a sua chegada, na assistência prestada em sala de observação e estabilização, até os desfechos de cada paciente, que poderá ser a alta, a internação hospitalar ou o encaminhamento para outro serviço de saúde. O foco do acolhimento, porém, vem sendo desenvolvido no

ingresso do usuário e na classificação de risco exercida pelo enfermeiro, por meio dos protocolos classificatórios utilizados para tal fim.

Neste sentido, o Ministério da Saúde vem buscando padronizar o protocolo a ser utilizado. No entanto, as iniciativas de implantação do AACR com a utilização do Sistema de Triagem Manchester vêm sendo realizadas de forma diferenciada em cada Unidade Federada do país. Assim, há sinalizações que, em alguns estados, há a implantação de protocolos informatizados como o Sistema Manchester de Classificação de Risco, enquanto outras instituições hospitalares e pré-hospitalares trabalham com o protocolo do Ministério da Saúde do Acolhimento e Avaliação e Classificação de Risco ou ainda com adaptações, ou mesmo, há serviços de urgência que ainda não programaram nenhum protocolo para avaliação e classificação de risco. Qualquer que seja o protocolo adotado ou o formato, o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, é atividade realizada pelos enfermeiros nos serviços de urgência.

Na Avaliação e Classificação de Risco, os enfermeiros têm como objetivo compreender a informação clínica, decidindo qual e quanta informação precisará ser obtida sobre o estado de saúde de um paciente, avaliando tanto dados objetivos quanto subjetivos. Nesta direção, é necessário lembrar que as políticas determinam ações de saúde, assim, no Brasil, a política do AACR, determinou o surgimento desta atividade para os enfermeiros, os quais vêm organizando as demandas expressas pelos usuários, com diferentes níveis de complexidade, com a finalidade de prestar um atendimento qualificado. Porém, os problemas de saúde apresentados aos serviços de saúde, assim como o contexto do serviço em que se encontram, podem exigir conhecimentos e ações dos enfermeiros, além das definições expressas no protocolo da Classificação de Risco.

Estudos nacionais têm demonstrado que os enfermeiros realizam a avaliação do usuário em condição grave na Classificação de Risco, com prioridade clínica às demandas urgentes (SHIROMA, 2011; GUSMÃO FILHO, 2008; MENDES, 2009; TOLEDO, 2009; FEIJÓ, 2010; GODOY, 2010; PINTO JUNIOR, 2011; ROSSANEIS et al., 2011; GEHLEN, 2012).

No entanto, os enfermeiros, além da priorização de risco clínico, que impõe o imediatismo das ações de saúde, têm que lidar com outras situações. Essas situações dizem respeito à insatisfação dos usuários não urgentes com o tempo de espera pelo atendimento médico, à falta de infraestrutura e de equipamentos, além dos fatores que envolvem a desorganização da rede de atenção às urgências para os encaminhamentos necessários.

Dificuldades relativas à implantação da Classificação de Risco têm sido identificadas em estudos, entre elas, o excessivo número de usuários e seu desconhecimento sobre o sistema de classificação de risco e a dificuldade de contra-referenciar os usuários para as unidades de atenção primária (COUTINHO, 2010; NASCIMENTO et al., 2011a; ROSSANEIS et al., 2011).

Assim, torna-se necessário que a classificação de risco, como dispositivo técnico-assistencial utilizado pelos enfermeiros, efetive o propósito de priorizar o risco dos problemas de saúde apresentados pelos usuários, para a busca de resolução, por meio da assistência prestada nos serviços de urgência. Essa finalidade da classificação de risco busca qualificar o atendimento dos enfermeiros, evitando práticas excludentes e centradas apenas na operacionalização de um protocolo.

A política de AACR foi instituída há 10 anos, no cenário nacional, com conseqüentes reformulações das políticas do Ministério da Saúde. São escassos os estudos nacionais sobre a Classificação de Risco, no sentido de concretizar a prática diária, como um dos elementos essenciais para a gestão da assistência aos usuários nos serviços de urgência (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; SOUZA; BASTOS, 2008; SHIROMA; PIRES, 2011; NASCIMENTO et al., 2011a; MARTINS, 2012; FEIJÓ, 2010; GODOY, 2010; COUTINHO, 2010).

Considerando-se que o foco central da enfermagem é o cuidado aos seres humanos pretende-se que o resultado obtido com a Classificação de Risco seja satisfatório em relação ao problema de saúde que demandou a ida desse usuário ao serviço de saúde. Aos enfermeiros da classificação de risco, como profissionais responsáveis pelo atendimento nas portas de entrada dos serviços, caberá gerenciar as dificuldades decorrentes dessa atividade, que envolvem os usuários, a equipe de saúde e os gestores atuantes nos serviços de urgência. Portanto, justifica-se a necessidade de colher opiniões dos enfermeiros, os quais são os profissionais com capacidade para analisar a Classificação de Risco tendo em vista o seu envolvimento e experiência.

Nesse sentido, questiona-se:

Qual a perspectiva dos enfermeiros, na atualidade, sobre as potencialidades e fragilidades da atividade da classificação de risco para a avaliação do paciente, organização das demandas e fluxo de pacientes e sobre a atuação dos enfermeiros na realização desta atividade nos Serviços de Urgência Hospitalar?

Quais as tendências para o futuro (próximos 10 anos), na opinião dos enfermeiros para a avaliação do paciente, organização das demandas e fluxo de pacientes e sobre a

atuação dos enfermeiros na realização desta atividade nos Serviços de Urgência Hospitalar?

Constata-se que ainda há definições a serem estabelecidas para a atuação dos enfermeiros, a fim de suprir as lacunas evidenciadas na classificação de risco nos serviços de urgências hospitalares. No contexto brasileiro, frente às diferentes situações em que se encontram as unidades de urgências dos hospitais públicos e privados, entende-se que se faz necessário conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a atividade de avaliação e classificação de risco dos usuários nesses serviços.

Assim, este estudo busca dar visibilidade à atividade de Classificação de Risco desenvolvida por enfermeiros nas portas hospitalares de urgência, no sentido de indicar as potencialidades e as fragilidades dessa prática do enfermeiro presente na realidade brasileira.

Assinala-se, então, a necessidade de estudos para analisar a opinião dos enfermeiros sobre essa atividade, como forma de classificar as demandas dos usuários para a organização do atendimento nos serviços de urgência. Portanto, o presente estudo poderá contribuir com subsídios à qualificação da Classificação de Risco, agregando novos aspectos para a reflexão, bem como auxiliando na estruturação do trabalho, potencializando a utilização de recursos públicos em saúde.

## **2 OBJETIVOS**

A seguir serão descritos os objetivos deste estudo:

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a opinião dos enfermeiros sobre a atividade de Classificação de Risco nos serviços de urgência, identificando potencialidades e fragilidades e sinalizando tendências para os próximos 10 anos. .

### **2.2 Objetivos Específicos**

Identificar a dinâmica da organização do trabalho na Classificação de Risco em serviços de urgência.

Identificar ações desenvolvidas pelos enfermeiros em relação à priorização do atendimento dos pacientes pela Classificação de Risco em serviços de urgência.

Identificar a educação em serviço aos enfermeiros para a atividade de classificação do risco em serviços de urgência.

Identificar aspectos da estrutura organizacional que influenciam na Classificação de Risco em serviços de urgência.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo apresentam-se aspectos estruturais e operacionais da triagem estruturada, assim como os principais protocolos implantados nas instituições de saúde de países do cenário mundial. Também é apresentada uma revisão de literatura sobre estudos que demonstram o panorama da atuação do enfermeiro, assim como as potencialidades e as dificuldades referidas por esse profissional para desenvolver a triagem no cenário mundial e nacional.

No contexto nacional, a partir das portarias do Ministério da Saúde, enfoca-se a organização da Atenção das Urgências no Brasil e o Acolhimento e a Avaliação com Classificação de Risco, o qual consistiu no primeiro formato qualificado para o ingresso dos usuários aos serviços de urgência, na realidade brasileira, sendo o enfermeiro o responsável por essa atividade.

#### 3.1 Utilização da Triagem Estruturada em serviços de urgência e emergência

A utilização dos sistemas de triagem sistematizada nos serviços de urgência surgiu como tentativa de países do primeiro mundo de solucionar a superlotação nestes serviços e com o propósito de adequar a procura dos pacientes aos recursos disponíveis assegurando uma gestão eficaz do serviço, a partir da organização dos fluxos de usuários (JIMÉNEZ, 2003; FERNANDES et al., 2005; FITZGERALD et al., 2010). Esses países desenvolveram sistemas de classificação de risco ou de triagem estruturada, para avaliar o nível de urgência dos pacientes e o tempo de espera pela consulta médica, permitindo o encaminhamento para a área de tratamento mais adequada (JIMENEZ, 2003; FITZGERARD et al., 2010).

Assim, escalas de triagem foram desenvolvidas e implementadas em um grande número de países. As principais escalas desenvolvidas foram Australasian Triage Scale (ATS) pioneira, criada na Austrália; o *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (CTAS) implantado no Canadá; o *Manchester Triage System* (MTS) no Reino Unido e países da Europa e o *Emergency Severity Index* (ESI) aplicado nos Estados Unidos da América (EUA). O *Model Andorrá de Triatge* (MAT) foi desenvolvido

no principado de Andorra em 2000. Na Espanha foi implantado o Sistema Espanhol de Triagem (SET), adaptado do MAT (JIMÉNEZ, 2006; MURRAY; BULLARD; GRAFSTEIN, 2004; FITZGERALD et al., 2010; GILBOY et al., 2011; AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE; 2012; MARQUES; FREITAS, 2008).

Os sistemas de triagem podem se distinguir quanto à existência de algoritmos de triagem (árvores decisórias), à existência de protocolos de atuação associados, ao número de categorias de urgência, ao ambiente e contexto onde se aplicam e aos recursos, equipamentos e meios que envolvem essa atividade (DIOGO, 2007; JIMÉNEZ, 2003).

Em um modelo de triagem estruturada, o grau de urgência é entendido como a situação clínica com potencialidade de gerar perigo ou deterioração para a condição de saúde do usuário, levando em conta o tempo transcorrido desde o aparecimento dos sintomas e chegada ao serviço até o tratamento assistencial e a adequação de recursos para solucionar tal condição (DIOGO, 2007). A urgência implica em dois aspectos que se relacionam com a resposta de cuidados de saúde: a necessidade de ajustar a resposta para o grau de cuidados de emergência, de modo que mais pacientes com problemas urgentes, sejam tratados de forma mais rápida (priorização de atendimento); a necessidade de adaptação entre o grau de urgência e a necessidade de intervenção para resolver (intensidade de cuidados) (JIMÉNEZ, 2006).

Assim, a base fundamental de qualquer modelo de triagem é o estabelecimento de níveis ou categorias de triagem em função dos sintomas expressos pelo paciente e os sinais observados pelos profissionais. Esses sinais expressam a situação clínica e fisiológica do usuário que busca atendimento, bem como a velocidade de intervenção (FRY; BURR, 2002).

A tendência atual consiste em organizar todos os Sistemas de Triagem em cinco categorias de urgência. Cada nível de urgência vai determinar o tempo ótimo entre a chegada do paciente e a atenção recebida, assim como cada modelo estruturado estabelece quais são os tempos ideais. Todas estas escalas apresentam parâmetros semelhantes quanto aos níveis de Urgência (SOLER et al., 2010; FITZGERALD et al., 2010).

O termo triagem tem sua origem no ambiente militar, sendo usado durante a Primeira Guerra Mundial, quando as vítimas foram classificadas de acordo com seus ferimentos e condição física, com o objetivo de priorizar aqueles que teriam o tratamento mais rápido com o objetivo de devolver o maior número de soldados para o campo de

batalha. Posteriormente, a triagem foi utilizada para acontecimentos, como catástrofes, nos quais ocorre o envolvimento de elevado número de vítimas, em relação a equipamentos, recursos humanos e materiais disponíveis (MURILLO, 2005; ANDERSSON; OMBERG; SVEDLUND, 2006; DIOGO, 2007).

O registro mais antigo da utilização de triagem em serviços de urgência, de forma sistemática, foi na década de 1960, em Baltimore, EUA. Nos anos 1950 e 1960, o sistema de saúde americano sofreu mudanças decorrentes da diminuição dos médicos de família e do aumento da demanda o que resultou na busca da população por atendimento nos Serviços de Pronto Socorro. As instituições hospitalares dos EUA desenvolveram, inicialmente, a classificação em três níveis (emergente, urgente e não urgente), evoluindo para quatro níveis, em 1994 (MARQUES; FREITAS, 2008).

Os protocolos internacionais, desenvolvidos a partir da década de 70, demonstraram que a utilização desses instrumentos possibilitava a ordenação e orientação da assistência médica por critério clínico e não administrativo ou por ordem de chegada. A triagem passava a ser entendida como um sistema de gerenciamento do risco clínico, de forma a gerenciar o fluxo do paciente com segurança, quando a necessidade excedia a capacidade nos serviços de urgência (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006).

Na Austrália, também, a procura pelos serviços de urgência pela população, superava os recursos humanos e materiais e de infraestrutura existentes havendo necessidade de uma organização (JELINEK, 2001). Tal fato promoveu o desenvolvimento de um sistema de triagem formal, a partir da observação de comportamentos dos enfermeiros no *Ipswich Hospital*, Quensland, Austrália. A identificação de várias ações dos enfermeiros era determinada pela urgência do paciente e incluíam a chamada imediata da equipe médica e de enfermagem; a atribuição dos pacientes ao médico disponível; a indicação de alocação dos pacientes na lista de espera (FITZGERALD et al., 2010). A decisão central decorrente dessas observações foi o estabelecimento de prioridades de urgência do paciente, conforme a avaliação do enfermeiro e do tempo de espera para que ocorresse a avaliação médica. A partir daí houve o desenvolvimento do *Ipswich Triage Scale* (ITS), que foi a primeira escala categórica com base em cinco níveis.

Posteriormente, foram realizados estudos durante 12 meses, sobre a ITS, os quais mostraram um alto nível de concordância na avaliação de triagem entre enfermeiros e uma relação direta entre a avaliação de outras medidas de gravidade na triagem. Esse

trabalho serviu de base à adoção do ITS, em 1994, pelo Colégio Australiano de Medicina de Emergência (ACEM), e esta escala passou a denominar-se de *Australasian Triage Scale* (ATS) (FITZGERALD et al., 2010).

A ATS é uma escala baseada em cinco níveis e estabelece o tempo em que deve ser prestado o atendimento de acordo com a categoria classificada, sendo de grande relevância a evolução dos sintomas (FRY; BURR, 2002; JIMÉNEZ, 2003; DIOGO, 2007; FITZGERALD et al., 2010;). A atribuição da categoria de urgência resulta da combinação do problema existente e do aspecto geral combinados com observações psicológicas pertinentes, tendo como guia orientador, a lista dos descritores clínicos (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2012). Essa escala permite alocar os usuários na área de avaliação e tratamento mais adequada às suas necessidades (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2012). Foi adotada, em 2000, pelas autoridades de saúde australianas passando a denominar-se *National Triage Scale for Australasian Emergency Department* (NTS). Segundo a Australasian College for Emergency Medicine (2012), são avaliados os sinais vitais em situações clínicas que necessitem desses parâmetros para a atribuição da categoria de urgência e/ou se o tempo permitir.

A ATS integra cinco categorias de urgência e é aplicada por enfermeiros experientes e treinados, que orientam a atribuição de cada categoria de urgência. As categorias seguem a ordem de gravidade de I a V níveis, com tempo de atendimento previsto. São elas: Categoria I: risco imediato à vida; com atendimento imediato e risco iminente à vida; categoria II, com atendimento previsto em menos de 10 minutos; categoria III, com potencial ameaça à vida e atendimento previsto para 30 minutos; categoria IV, de potencial urgência ou com possibilidade de complicações/gravidade importante, com tempo estimado de 60 minutos e categoria V menos urgente, com tempo de espera por atendimento de 120 minutos.

Paralelamente, no Canadá, nos anos 70, estudava-se o desenvolvimento de um sistema de triagem, mas somente em 1995 tornou-se uma realidade, quando o *Canadian Emergency Department Triage* (CTAS) foi introduzido. A CTAS é uma escala que avalia as condições clínicas com rápido acesso a sinais e sintomas que devem ser observados com validação e avaliação da queixa identificada, tendo guias orientadores, onde a informação obtida é enquadrada. A CTAS baseia-se no estabelecimento de uma relação entre um grupo de acontecimentos sentinela e as situações mais freqüentemente apresentadas pelos usuários.

O processo para a atribuição de nível de triagem desenvolvido inicia com a queixa apresentada pelo usuário ao enfermeiro, o que gera, automaticamente, um nível mínimo de CTAS. O Nível I caracteriza uma situação com risco de morte iminente ao usuário, requerendo intervenções imediatas. Seguem os modificadores de primeira ordem: a verificação de sinais vitais, que, com base em alterações definidas na estabilidade hemodinâmica, pressão arterial, temperatura, nível de consciência e do grau de desconforto respiratório, podem alterar o nível de triagem. A intensidade da dor é, então, determinada, diferenciando aguda e dor crônica recorrente. O nível CTAS atribuído baseia-se no mais alto nível identificado por qualquer um dos modificadores.

O próximo item a considerar é o mecanismo de lesão, o qual é considerado para todos os pacientes com traumatismos, sendo que o de alto risco se traduz para CTAS Nível II. Os usuários classificados no Nível II precisam ser reavaliados em 15 minutos, pois envolvem situações potencialmente tratáveis, requerendo intervenção rápida. Os usuários classificados nos Níveis III, IV e V necessitam ser reavaliados em 30, 60 e em 120 minutos respectivamente. O Nível V caracteriza situações dos usuários que são consideradas não urgentes, encaminhados para outras áreas do hospital ou do sistema de cuidados de saúde (MURRAY; BULLARD; GRAFSTEIN, 2004; DIOGO, 2007).

Nos Estados Unidos da América (EUA), o sistema de triagem mais utilizado, atualmente, é o *Emergency Severity Index* (ESI), desenvolvido em Boston, Massachusetts. No protocolo do ESI é utilizado um único fluxograma, no qual há a observação das condições de vias aéreas, ventilação e estado de consciência do usuário. A resposta afirmativa a uma destas questões determina o nível um de urgência, que corresponde a uma situação prioritária e que carece de um atendimento imediato. A resposta negativa às questões leva o enfermeiro da triagem a aplicar o protocolo para classificar o usuário. A avaliação dos sinais vitais pode fazer parte do processo de triagem, cuja alteração significa que o enfermeiro da triagem terá de reclassificar o paciente (TANABE et al., 2004).

O ESI classifica o nível 1 como aqueles pacientes agudamente doentes, com a necessidade de maiores recursos e equipamentos até o nível 5, que contempla os pacientes que irão requerer menor número de recursos. O enfermeiro da triagem estima o número de recursos necessários para atender o paciente não urgente do serviço de urgência de acordo com os critérios do nível ESI 1 ou 2 (GILBOY et al., 2011; TANABE et al., 2004). O sistema de ESI é válido tanto para crianças e adultos e tem uma alta concordância.

O *Manchester Triage System* (MTS) foi implantado na cidade de Manchester (Reino Unido), em 1997. O objetivo era elaborar um modelo comum que poderia ser usado em todos os hospitais da Europa. Desde então, vem sendo adotado por vários países. Esta escala de triagem apresenta níveis de urgência, cuja finalidade é identificar os critérios de gravidade inerentes à queixa apresentada pelo cidadão, por meio de fluxogramas, obtendo-se a resposta afirmativa à queixa identificada. A categoria de urgência, além de indicar a prioridade clínica, oferece informação sobre o respectivo tempo alvo de atendimento (FITZGERALD et al., 2010; JIMÉNEZ, 2003).

O Sistema de Classificação de Risco de Manchester contém 52 fluxogramas, sendo que a queixa apresentada determina um fluxograma a ser seguido. Cada gráfico de fluxo é baseado em um processo de decisão de cinco passos: a identificação do problema; a coleta e análise das informações do usuário; a seleção de alternativa para a implementação; monitorização e avaliação dos resultados. A seleção de uma das condições direciona a um fluxograma determinado, sendo necessário recolher informações que permitam a determinação da prioridade. O fluxograma estrutura o processo mostrando discriminadores-chave (perguntas) em cada nível da prioridade. Os discriminadores são características que diferenciam os pacientes de tal forma que eles podem ser classificados em uma das cinco prioridades clínicas (MARQUES, FREITAS, 2008).

Os discriminadores podem ser gerais ou específicos. Os primeiros aplicam-se a todos os usuários, independentemente da condição que apresentam. Estes se apresentam várias vezes ao longo dos fluxogramas. Os discriminadores gerais são: ‘risco à vida’, ‘dor’, ‘hemorragia’, ‘grau de estado de consciência’, ‘temperatura’, ‘agravamento do estado clínico’. O risco à vida é avaliado pelo comprometimento das funções vitais (via aérea, ventilação, circulação) que coloca o paciente no primeiro grupo de prioridade, o vermelho.

A avaliação é feita utilizando discriminadores em cada passo para atribuir uma das cinco categorias de triagem (cores) aos pacientes. A cor indica o grau de urgência e o tempo de espera máximo, para o atendimento médico, ou seja, a prioridade clínica. O usuário classificado com a cor vermelha requer cuidados imediatos da equipe médica e de enfermagem; a cor laranja prevê o tempo para que o paciente seja atendido em 10 minutos; usuários que forem classificados com a cor amarela estão previstos para serem atendidos em 60 minutos; para usuários classificados como verdes, a previsão de atendimento médico é de duas horas, e os azuis em quatro horas, respectivamente.

A avaliação da dor pode colocar o paciente em um nível maior de prioridade, do que estava até o momento em que chegou à sala de triagem. A dor tem sido alvo de preocupação, pois é um dos principais motivos que levam os indivíduos a buscarem atendimento nos serviços de emergência. Para avaliar a dor, alguns serviços já estão utilizando escalas que envolvem os componentes descritivo verbal, visual analógico e comportamental da dor. A escala descritiva verbal consiste na opinião subjetiva do paciente a respeito de sua dor: nenhuma dor, ligeira dor, moderada dor e severa dor, atribuindo para isso pontos de 1 a 10. A escala visual propõe uma expressão de linha reta que envolva em uma extremidade nenhuma dor e na outra extremidade a maior intensidade de dor. Quanto aos instrumentos comportamentais dizem respeito a certos comportamentos que o paciente exhibe quando está com dor: resposta verbal, linguagem gestual, expressão facial, mudanças comportamentais, estado de consciência, alterações psicológicas (MARQUES, FREITAS, 2008).

O Sistema de Triagem Manchester utiliza um instrumento denominado de régua da dor, que mede a intensidade da dor e seus efeitos sobre as atividades normais do paciente; combina o uso de descritivos verbais com escala visual analógica; sendo rápida e fácil de usar. A régua da dor faz parte do processo de triagem, produz uma avaliação contínua da dor pelo enfermeiro da triagem, além de promover o diálogo com o paciente, que entende que a sua dor está sendo valorizada (MARQUES; FREITAS, 2008).

Os autores referem que há uma escassez de dados sobre a analgesia iniciada pelos enfermeiros da triagem em departamentos de emergência. A literatura sugere que a classificação da prioridade do paciente pelas enfermeiras da triagem e do próprio sistema de triagem teve um impacto maior nos tempos de espera por atendimento na emergência do que os auto-relatos dos pacientes em relação aos escores de dor. A avaliação da dor é parte essencial do processo de triagem em serviços de emergência, e, portanto, deve estar presente nos critérios dos protocolos utilizados (WHEELER et al., 2010).

Em estudo desenvolvido por Wong et al. (2007) foi implementado protocolo para o gerenciamento da dor aos pacientes portadores de lesão músculo esquelética, não-urgentes, nos departamentos de Emergência. Os resultados do estudo indicam que o protocolo é eficaz para a avaliação da dor na triagem e para o tratamento da dor com o uso de analgésicos apresentados no protocolo com fins de alcançar uma maior redução da dor no momento da chegada à triagem. Desta forma, a avaliação da dor, por meio de uma metodologia válida e reproduzível, é elemento central na prioridade de risco efetuada pelos protocolos de triagem.

Na sociedade espanhola, somente a partir de 1999, depois de muitas dúvidas e controvérsias, foi aceita a proposta da triagem/classificação de risco como uma atividade própria de enfermeiros. Assim, a partir de 2001, Espanha e Andorra introduziram sistemas classificatórios de triagem ou de *Recepción, Acogida y Clasificación* (RAC), nas emergências hospitalares, os quais foram aplicados, também baseados em cinco níveis e tempos de atendimento (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, 1999; JIMÉNEZ, 2003; MURILLO, 2005).

O Modelo Andorrano de Triagem (*Model Andorrà de Triatge - MAT*) é adaptado do CTAS, consistindo em uma escala com base nos sintomas, diagnóstico-sentinela, em categorias sintomáticas com os principais algoritmos de discriminantes clínicos em formato eletrônico (JIMÉNEZ, 2003). As categorias sintomáticas do MAT e do SET consistem em um conjunto de sintomas que o enfermeiro interpreta e reconhece a partir do motivo de consulta referida pelo usuário, permitindo classificá-lo em uma categoria clínica. Os discriminadores são denominados de constantes, isto é, aqueles que diferenciam os pacientes de mesma sintomatologia: temperatura, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, saturação de nível sanguíneo de oxigênio, glicemia capilar, estado de consciência (escala de Glasgow), estado da pele, pulso radial, frequência e profundidade respiratória e, por fim, se o indivíduo apresenta dor (SOLER et al., 2010).

Em Portugal, o MTS foi implantado em 2000, sendo pioneiros deste processo, o Hospital Geral de Santo António e o Hospital Fernando Fonseca (DIOGO, 2007). Atualmente, o MTS está implementado em 44 hospitais Portugueses. O Sistema de Triagem Manchester Português, foi revalidado em 2008, pelo Grupo Português de Triagem (MARQUES, FREITAS, 2008; DIOGO, 2007).

Observa-se uma variedade de escalas de triagem nos serviços de emergência de todo o mundo, que envolvem fatores como as diferenças funcionais do sistema de saúde e a realidade de cada país. Para existir uma distribuição adequada dos recursos é imprescindível o uso de uma escala de triagem uniforme e apropriada a cada realidade (CHRIST et al., 2010).

As escalas de Triagem /Classificação de Risco se propõem a assegurar e prever a severidade da doença, taxa de mortalidade e recursos necessários nos serviços de Urgência. A avaliação realizada no momento da triagem deve ser precoce, logo que os usuários chegam aos serviços. O processo de triagem deve ser facilmente compreendido, rapidamente aplicável e deverá ter alta concordância na inter-observação. Qualquer



sistema passível de ser escolhido deve ser facilmente adaptado a um sistema de informação digital (FERNANDES et al., 2005)

### **3.2 Organização da Atenção às Urgências no Brasil e a Classificação de Risco**

No Brasil, a organização do sistema de saúde tem se modificado nas últimas décadas. No campo político, a reforma sanitária consistiu em uma estratégia política e um processo de transformação institucional que resultou na constituição e reformulação de um campo de saber. Como consequência da reforma sanitária, ocorreu a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) que trouxe como decorrência, a garantia constitucional do direito universal à saúde para os cidadãos brasileiros (FLEURY, 2009).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis número 8080/90 e 8142/90, teve como fim propor uma reorganização político-administrativa, utilizando novos modelos de atenção à saúde. O SUS tem como proposição principal tornar a saúde um direito do cidadão e um dever do Estado, com acesso universal e que possui como premissas a universalidade, a integralidade, e a equidade da assistência, o direito à informação e a participação da comunidade. Portanto, visa dar respostas à diversidade coletiva da sociedade e à singularidade de cada indivíduo (BRASIL, 1990).

Outro aspecto importante para a definição das políticas de saúde foram as mudanças no perfil epidemiológico da população. Essa transição epidemiológica assinalou-se pela presença de doenças que se caracterizam por serem de países subdesenvolvidos (diarréias, desidratação, doenças tropicais como a dengue) concomitantemente ao incremento de agravos crônicos, como as doenças cardiovasculares, isquêmicas cardíacas e acidentes vasculares cerebrais e ao aumento das taxas de morbi-mortalidade por causas externas decorrentes da violência urbana (MENDES, 2010).

O Ministério da Saúde na intenção de atender a essa diversidade de agravos e assegurar a integralidade no atendimento dos indivíduos, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção preventiva à curativa, planejou a organização dos serviços em níveis primário, secundário e terciário. O nível primário envolve as unidades da Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde; o nível secundário engloba as unidades de pronto-atendimentos 24 horas, ambulatórios gerais, hospitais locais e

regionais e o nível terciário estão formados, essencialmente, pelos hospitais especializados e de especialidades. Os diferentes níveis de atenção devem relacionar-se, de modo que cada serviço complemente a ação de outro por meio de mecanismos organizados e pactuados, de acordo com as características de cada região do território nacional (MENDES, 2010).

Porém, problemas de infraestrutura, recursos humanos, fluxos inadequados e a oferta restrita de serviços, além do acesso dificultado aos serviços da atenção básica, fazem com que o público excedente busque atendimento em serviços de urgências e emergências hospitalares e pré-hospitalares. Esses serviços são procurados pelos usuários em função da concentração de recursos disponíveis, quais sejam consultas, medicamentos, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações (MARQUES; LIMA, 2007).

Portanto, os serviços de urgência assumiram um papel relevante no atendimento ao usuário, abertos nas 24 horas do dia, funcionam como porta de entrada ao sistema de saúde, pois recebem tanto atendimentos de urgência e emergência, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais (BRASIL, 2003).

Conseqüentemente, a Política de Atenção às Urgências, ao longo dos últimos anos, vem passando por alterações em sua forma de organização e execução, que envolvem reformulações de sua estrutura, a partir de discussões governamentais e não governamentais por entidades de classe, representações sociais, associações focadas nas urgências, emergências e traumas. Trazendo um breve histórico, destacam-se os fatos principais que concretizaram a atenção às urgências tal como ela se apresenta na atualidade.

O ano de 2002 tem sido considerado um marco para a Política Nacional de Atenção às Urgências, pois o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2048, instituindo o regulamento técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência. Esse regulamento é considerado norteador, já que continha os elementos que foram desenvolvidos nas portarias seguintes, entre eles, a integração dos níveis assistenciais na atenção às urgências; a regulação médica; a capacitação pelos Núcleos de Educação em Urgência (NEU) e a regionalização. Essa portaria ampliou a responsabilidade das ações de saúde no SUS, com responsabilização dos diversos profissionais e dos diferentes serviços, além de ampliar o horizonte de atuação, tornando mais resolutiva a atenção às urgências (BRASIL, 2003).

Seguindo na proposta de reorganizar a atenção às urgências, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), através da Portaria nº 1.863/2003, para ser implantada em todas as unidades federadas. Ciconet (2009) afirma que a publicação da Política Nacional de Atenção às Urgências marca um momento importante na organização do Sistema de Saúde no Brasil. A ausência de uma política, até 2003, talvez justifique a forma como foram abordadas as situações de urgência no país, por meio de programas/projetos pontuais.

Posteriormente à publicação da portaria de 2003, seguiu-se ampla discussão nacional e a estruturação de vários serviços de atendimento móvel de urgência, SAMU-192, em todo o Brasil, com características, na maioria das vezes, municipais e alguns estaduais. O SAMU foi escolhido como primeira estratégia de implantação dessa política. Baseado no modelo francês apresenta uma Central de Regulação Médica de Urgências e o componente assistencial, o qual inclui as ambulâncias básicas e avançadas e para situações especiais de transporte, as ambulâncias e motolâncias. A Central de Regulação deve receber pedidos de atendimento de urgência da população ou profissionais de saúde por meio do telefone 192 e atendê-los no domicílio ou em qualquer espaço público (O'DWYER, 2010).

Em 2008, a portaria nº 2.922, do Ministério da Saúde, propõe a implantação e adequação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), caracterizando as dimensões físicas, estruturais e organizacionais, além da regionalização e da interiorização da atenção, com ampliação do acesso, com vistas à equidade, para esses espaços assistenciais. Essa portaria traz a exigência da integração da UPA com o SAMU e com o desenvolvimento da atenção básica, com objetivo de favorecer a regionalização, diferenciando-se dos tradicionais serviços de pronto atendimento ou pronto-socorros (BRASIL, 2008). Em 13 de maio de 2009, a Portaria 1020/09 consolida as diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo, na organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2009).

Recentemente, em 2011, houve a publicação de Portaria nº 1600, que redefiniu a Rede de Atenção às Urgências, determinando que o atendimento dos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todos os serviços de saúde do SUS, atendendo integralmente às demandas ou encaminhando os usuários para um serviço de maior complexidade. A partir dessa portaria, o Ministério da Saúde tem como proposição reformular a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituir a Rede de Atenção às

Urgências no Sistema Único de Saúde, com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011).

Salienta-se que, entre as diretrizes previstas na Portaria 1600/11, está a ampliação do acesso e acolhimento das situações agudas dos usuários que deverão ser atendidas em todos os serviços de saúde contemplando o acolhimento com avaliação e classificação de risco, além da intervenção adequada aos diferentes agravos de saúde (BRASIL, 2011).

Atualmente, o Ministério da Saúde lançou a ação estratégica denominada de *SOS Emergência*, a qual propõe a qualificação da gestão e do atendimento em grandes hospitais que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A iniciativa integra a *Rede Saúde Toda Hora*, lançada em 2011, e tem como finalidade ampliar os leitos de retaguarda, o número de Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), organizar as equipes médicas e o sistema de monitoramento de Classificação de Risco. Essa proposta objetiva oficializar a rede e propor financiamentos que busquem a uniformização dos recursos assistenciais nos diferentes estados do país (BRASIL, 2012).

A *Rede Saúde Toda Hora* do MS, busca organizar e ampliar os serviços de saúde com o propósito de atendimento às urgências, entre eles o número de Unidades de Pronto Atendimento, as quais buscam desafogar as unidades de emergências dos hospitais do SUS e reduzir o tempo de espera por atendimento (BRASIL, 201-). No entanto, a atenção às urgências continua centrada nas unidades de emergência hospitalares. De acordo com Oliveira, Mattos e Souza (2009), embora o fluxo da demanda espontânea de usuários a prontos-socorros e hospitais seja considerado como inadequada pela lógica normativa do sistema de saúde, a busca dos usuários pelos serviços de emergência hospitalar, expressa que as pessoas não se prendem a essa lógica, mas optam por priorizar seus interesses quando procuram atendimento para resolver os seus problemas e necessidades de saúde.

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), que de acordo com a Portaria 1600/11, deve ser a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda a Rede de Atenção às Urgências e requisito de todos os pontos de atenção, já havia sido apresentado em 2001 pela Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), do Ministério da Saúde. A PNHAH se caracterizou por um conjunto de ações integradas que tinham como propósito modificar os padrões de assistência ao usuário dos hospitais públicos brasileiros, através do aprimoramento das relações entre os profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2006).

Essa iniciativa ocorreu em função da ausência de gerenciamento dos fluxos de casos não urgentes oriundos do acesso dificultado na rede ambulatorial. Nesse sentido, sem conseguir a resolução de seus problemas de saúde, a população vem buscando atendimento nos serviços de urgência, principalmente dos hospitais.

Na maioria dos serviços de urgência hospitalar e de unidades de pronto-atendimento, no Brasil, a recepção dos usuários, vinha sendo realizada, geralmente, por recepcionistas e porteiros, que organizavam os pacientes em filas de espera, onde o critério era, apenas, a hora da chegada. Nesta situação, não havia distinção de riscos ou graus de sofrimento, muitas vezes, gerando agravos nas condições clínicas dos usuários que aguardavam atendimento (BRASIL, 2009).

O AACR foi, então, apresentado pela Política Nacional de Humanização (PNH), em 2004, como um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e teria de desenvolver-se a partir da análise do grau de necessidade do usuário, sob a óptica de protocolo estabelecido (BRASIL, 2004). Assim, o AACR tinha como proposição a avaliação de riscos e vulnerabilidade apresentada pelo usuário do SUS.

As duas diretrizes lançadas pelo Ministério da Saúde, o acolhimento e a classificação de risco pretendiam propiciar a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social pela escuta qualificada de suas queixas e reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde, estabelecendo um novo ordenamento no cotidiano destes serviços, na perspectiva de legitimar o atendimento às necessidades dos usuários e de suas demandas (BRASIL, 2004; COUTINHO, 2010).

Neste sentido, o AACR surgiu como uma iniciativa governamental para diminuir as filas e a demora no atendimento médico nos serviços de urgência e emergência do país, logo uma alternativa para qualificar os serviços de urgências. Dessa forma, se propunha a ampliar o acesso, com resolutividade e responsabilização, orientando, se necessário, o paciente e a família para outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004).

Nesta perspectiva, o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco foi implantado no Hospital Nossa Senhora da Conceição, na tentativa de corrigir os problemas decorrentes de um modelo assistencial focado na produtividade. No contexto desse hospital a quantidade e a ausência de critérios geravam ações de saúde dissociadas, não havia estabelecimento de vínculo com a instituição e com o paciente, além de um

sentimento da equipe de trabalho de ineficiência do trabalho assistencial praticado e conseqüente desmotivação e desgaste, apesar da competência e da qualificação técnica (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2006).

Assim, com influência do protocolo canadense, o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco foi o protocolo, implantado em serviços de urgências hospitalares, no Brasil, com potencialidade para intervir nos processos de trabalho dos serviços de urgência. A cartilha da PNH, lançada em 2004, apresenta o AACR como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial, nos serviços de urgência. Os diferentes Estados brasileiros adotaram, inicialmente, o protocolo do AACR que apresentava como objetivos principais:

[...] avaliar o paciente quando de sua chegada; descongestionar o serviço de Urgência; reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade; determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo; informar os tempos de espera; promover ampla informação sobre o serviço aos usuários e retornar informações a familiares (BRASIL, 2004).

A prioridade da assistência médica foi definida por esse protocolo, categorizando os pacientes de acordo com os níveis de emergência: casos emergentes, que demandam cuidados imediatos médicos (cor vermelha), seguidos dos casos considerados urgentes, que podem aguardar no máximo 15 minutos para receber a atenção médica (cor amarela). As situações de cor verde podem aguardar até 30 minutos e reavaliados, se necessário, e os casos não urgentes, identificados pela cor azul, terão de aguardar por ordem de chegada ao serviço, para atendimento, ou poderão ser encaminhados para outros serviços da rede de atenção em saúde (BRASIL, 2004).

O AACR foi sendo gradativamente implantado de diferentes formas, nas diferentes Unidades Federadas no Brasil. Inicialmente, as Instituições Hospitalares das capitais e de municípios com Universidades, foram as primeiras a desenvolverem a classificação de risco (BARBOSA et al., 2007, PIZZOLATO, 2008; QUITETE, OLIVEIRA, 2008; GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 201-).

O Hospital Municipal Mário Gatti, em Campinas, implantou a Classificação de Risco em 2001, tendo por base o modelo canadense. Seguindo orientação do Ministério da saúde, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, implantou em 2004, o Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco. Na mesma época, o Hospital

Ernesto Ramalho, de João Pessoa, Paraíba, implantou o AACR, utilizando a cartilha do PNH (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 201-).

O Hospital Municipal Odilon Behrens, em Belo Horizonte (BH), em 2005, adota a Classificação de Risco baseada no modelo canadense, no modelo australiano e no ATLS, agregando, também, o enfermeiro qualificado como o profissional indicado para a realização da classificação de risco. Em 2007, por meio de cooperação entre o Estado de Minas Gerais e Portugal, é estabelecido o Protocolo de Manchester informatizado nesta Unidade Federada, sendo criado o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (MARQUES, FREITAS, 2008).

A experiência de implantação da Classificação de Risco com utilização do protocolo de Manchester foi amplamente discutida com as Unidades de Pronto Atendimento de BH, com o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, com o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais e com a Universidade Federal de Minas Gerais, sendo apresentada para outras cidades do Estado. A partir disso, vários estados do Brasil vêm implantando a Avaliação com Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgências hospitalares e não-hospitalares. Estas experiências utilizaram os eixos de atendimento preconizados pela cartilha de Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco do MS, com a utilização do Sistema de Triage de Manchester (MTS).

Buscando avaliar a qualidade do atendimento prestado em serviços de Urgência, em 2006, o Ministério da Saúde lançou o Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (QualiSUS) por meio da Portaria nº 3.125 de sete de dezembro de 2006. O QualiSUS previa quatro eixos para a avaliação dos serviços, sendo eles: o acesso aos serviços com garantia de acolhimento, a primeira atenção qualificada e resolutiva, a estabilização de quadros graves e o encaminhamento adequado desses usuários (BRASIL, 2006; O'DWYER; OLIVEIRA; SETTA, 2009).

Estudo realizado em 2005, que desenvolveu a avaliação em hospitais de regiões Micro-regionais e Macro-regionais do Nordeste Brasileiro, utilizando as diretrizes do QualiSUS, demonstrou que nenhum dos hospitais estudados alcançou grau de implantação do Acolhimento como satisfatório e que seis entre dez unidades, avaliadas, foram classificadas como deficientes. A realização do acolhimento com classificação de risco dos pacientes não urgentes foi indicada por 59% dos hospitais do estudo, considerados de referência macrorregional, mas por apenas 20% dos hospitais microrregionais (DUBEUX; FREESE; REIS, 2010).

Outro estudo de avaliação, desenvolvido em serviços de emergências hospitalares do Rio de Janeiro, demonstrou que a emergência fornece um tratamento de boa qualidade e que responde às necessidades dos pacientes mais graves, refletindo positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade. Porém, ainda, é necessário melhorar o acesso e acolhimento dos usuários (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

Considerando essa questão, estudos realizados, atualmente, vem ressaltando que a estratégia proposta pelo Ministério da Saúde contribui para melhorar a organização do serviço e a qualidade da assistência, ao mudar a lógica do atendimento de “ordem de chegada” para a de “prioridade clínica”, a qual propicia agilidade de acordo com as necessidades dos usuários, resultando em redução de riscos. As experiências na implantação do sistema de Classificação de Risco, com a utilização do protocolo de Manchester, no cenário nacional, têm demonstrado a qualificação dos processos de recepção e priorização das situações de maior gravidade e a diminuição do tempo de espera para atendimento aos casos de urgência e a diminuição da mortalidade, sobretudo de vítimas de síndromes coronarianas agudas (BARBOSA et al., 2007; QUITETE; OLIVEIRA, 2008; PIZZOLATO, 2008).

No entanto, a efetivação da mudança proposta pela política de humanização para a reorganização dos serviços de emergência ainda é um desafio, pois, muitas vezes, vai além do trabalho da equipe, dependendo, também, de vontade política e das mudanças e condições estruturais dos serviços (SHIROMA; PIRES, 2011; MARTINS, 2012).

### **3.3 Atuação dos enfermeiros na Triagem em Serviços de Urgência no Cenário Internacional**

A capacidade de realizar uma classificação segura com decisões confiáveis, a partir de uma avaliação utilizando dados fisiológicos limitados, além de breve histórico do problema que o usuário relata, consiste em uma ação de competência do enfermeiro de emergência (GERDTS, 2011). O enfermeiro na triagem prioriza o atendimento aos pacientes de acordo com a condição clínica, com o propósito de gerenciar o fluxo de usuários nos serviços de urgência. Essa tem sido, tradicionalmente, considerada uma prática de enfermagem de emergência, pois os enfermeiros sempre se preocuparam com a



organização dos pacientes nos serviços, de modo a garantir o seu atendimento (FITZGERALD et al., 2010).

Os estudos internacionais vêm demonstrando que o enfermeiro é o profissional que coordena o cuidado sendo, muitas vezes, o primeiro rosto que usuários vêem quando entram no hospital, na classificação de risco. Em função disso, são exigidas habilidades relacionais e de comunicação a fim de acolher o usuário em um momento tão vulnerável (CURTIS, et al., 2009; MONTEJANO; VISSER, 2010;). Desta forma, espera-se que o enfermeiro de triagem mantenha um comportamento profissional em todas as interações com os usuários e suas famílias, sendo essencial que não projete opiniões pessoais, preconceitos ou estereótipos no processo de triagem (HAMM, 2008).

No setor de triagem, o enfermeiro coleta informações, por meio da escuta dos antecedentes clínicos e da queixa principal e identifica os sinais e sintomas, reconhecendo padrões normais ou alterados e determina a probabilidade do risco. O risco é considerado como aquela situação do usuário que exige atendimento imediato da equipe médica e da enfermagem, pois a demora no atendimento pode resultar em agravos, danos/seqüelas permanentes e o óbito (JIMÉNEZ, 2006; CURTIS et al., 2009; FRY; STAINTON, 2005; EDWARDS; SINES, 2008; DIOGO, 2007; FITZGERALD et al., 2010).

Andersson, Omberg e Svedlund (2006) e Mayer e Jensen (2007), referem que para que o enfermeiro efetue a classificação e priorização do usuário terá de se apropriar do conhecimento das condições clínicas, cirúrgicas e psicossociais da população, pois o contexto do serviço de urgência caracteriza-se pela diversidade dos problemas apresentados. Conhecer o perfil epidemiológico da população e as alterações mais freqüentes dos usuários que procuram o serviço de urgência são fatores considerados como pertinentes para se estabelecer uma prioridade mais adequada (MURILLO, 2005).

Em síntese, para priorizar os casos que exigem atenção e rápido atendimento é necessário que o enfermeiro exerça o conhecimento adquirido, o qual é apresentado como o suporte para a classificação de risco (ANDERSSON; OMBERG; SVEDLUND, 2006). Assim, para realizar a triagem, o enfermeiro, por meio da utilização de protocolos e baseando-se em padrões de saber e modos de fazer, busca estabelecer uma relação empática com o usuário e explicar ao cidadão informações no processo de triagem. Esse requisito é fundamental na minimização de sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência (JIMÉNEZ, 2003; DIOGO, 2007; EDWARDS; SINES, 2008; FITZGERALD et al., 2010).

Porém, estudos evidenciam que, apesar dos enfermeiros considerarem a sua atuação na triagem como relevante para o funcionamento do serviço, esses profissionais enfatizam que, na realização dessa atividade, podem ocorrer conflitos e há uma carga de trabalho elevada (ANDERSSON; OMBERG; SVEDLUND, 2006). Os enfermeiros de triagem estão sob pressão para avaliar a priorização de pacientes para o serviço de urgência e para determinar os pacientes que podem esperar em segurança para o tratamento. Soma-se o fato de que os enfermeiros realizam essa atividade em unidades de urgência lotadas, com um número cada vez maior de pacientes doentes que possuem expectativas de rápido atendimento (FOLEY; DURANT, 2011). Edwards e Sines (2008) referem que os enfermeiros lidam com o processo de triar em condições de incerteza e com o mínimo de informação, sendo que as exigências sobre o enfermeiro da triagem são elevadas, pois se espera que este profissional seja capaz de rapidamente registrar sintomas que podem levar à lesão corporal permanente ou morte (FORSGREN; FORSMAN; CARLSTRÖM, 2009).

Autores vêm salientando que, na dinâmica da triagem, a avaliação do usuário também é influenciada por aspectos sociais, pelo contexto e ambiente onde se desenvolve o contato entre o enfermeiro e o usuário. Os autores referem que o enfermeiro utiliza a avaliação intuitiva a partir do modo que o usuário expressa o seu problema, sinalizando a triagem como uma ação social do enfermeiro com o usuário, na busca de resposta rápida, avaliação e categorização do nível de urgência (GERTDTZ; BUCKNALL, 2001; EDWARDS; SINES, 2008; CURTIS et al., 2009).

Para categorizar o nível de urgência os enfermeiros necessitam avaliar a dor relatada pelo paciente (WHELTER et al. 2010). A avaliação inicial ocorre na área de triagem, o enfermeiro avalia e determina a gravidade da condição do paciente e decide rapidamente se o paciente precisa ser examinado pelo médico. O julgamento do nível da dor é uma parte deste encontro. Conseqüentemente, é o enfermeiro que estabelece a avaliação da dor com o paciente conforme o protocolo da triagem e busca a resolução para o alívio da dor.

Gertdtz e Bucknall (2001) já enfatizavam que apesar da falta de evidência de pesquisa disponível sobre o tipo e a qualidade dos dados coletados pelo enfermeiro da triagem, o seu trabalho tem o potencial de impacto sobre os resultados dos usuários, em termos de tempo real para o atendimento e a precisão da decisão de triagem. Neste sentido, Whelter et al. (2010) detectaram que o trabalho dos enfermeiros na triagem

ajudou a reduzir o tempo de espera e o tempo de permanência no departamento de emergência.

Em seu estudo sobre o tempo de realização da avaliação do paciente na triagem os resultados variaram de dois a 10 minutos. Estudo desenvolvido por Castner (2011), na Suécia, demonstrou que o processo de triagem para ser adequado leva uma média de 9,03 minutos, ao ser realizado pelos enfermeiros, enquanto que os protocolos formais prevêem de um a três minutos (CASTNER, 2011).

No estudo de Castner (2011) os enfermeiros entrevistados não concordaram que a avaliação do paciente e a classificação em níveis de prioridade possam ocorrer no período de um a três minutos, preconizado pelo protocolo. Os enfermeiros do estudo entendem que a tomada de decisão na triagem deve apreciar outros aspectos que se somam aos aspectos clínicos na avaliação do paciente e, portanto é necessário mais tempo para a avaliação do paciente na triagem.

O reduzido espaço de tempo disponível à avaliação do usuário na triagem pelo enfermeiro, muitas vezes, permite pouco ou nenhum conhecimento da situação social e cultural de vida dos usuários, o que tem se tornado um desafio, principalmente quando se trata de avaliar pessoas de diferentes culturas e crianças de idades variadas (HJELM, 2005). Os enfermeiros, para minimizar essa dificuldade, procuram eliminar as situações perturbadoras externas, estabelecendo uma comunicação adequada, que é de grande importância quando existe uma falta de tempo para a priorização do risco de cada paciente (ANDERSSON; OMBERG; SVEDLUND, 2006).

Estudo de Görasson et al. (2006) investigou a influência das características pessoais dos enfermeiros na acuidade em suas avaliações, por meio de cenários fictícios, os quais descreviam situações ocorridas com pacientes na triagem. Utilizou a avaliação realizada por 423 enfermeiros de 48 (62%) serviços de emergência suecos com o protocolo *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS), com 18 cenários. Concluíram que não há relação entre as características pessoais de enfermeiros e sua capacidade de triagem, sugerindo que pode haver similaridade nas estratégias de tomada de decisão (GÖRASSON et al., 2006).

Outros estudos desenvolvidos sobre a qualificação do enfermeiro da triagem constataram que anos de experiência em emergência estão associados à obtenção de melhores escores de acuidade da priorização (CONSIDINE; BOTTI; THOMAS, 2007; CHEN et al., 2010). No entanto, pesquisa desenvolvida por Goransson et al. (2006), não indicou qualquer diferença significativa entre o tempo de experiência maior e menor do

enfermeiro para a realização da triagem. Já outro estudo evidenciou a importância da experiência para o enfermeiro da triagem, na utilização do método de *Manchester Triage System* (MTS), sendo que o método foi percebido como pouco flexível pelos enfermeiros (FORSGREN; FORSMAN; CARLSTRÖM, 2009). Isso é corroborado por Olofsson, Gellersted e Carlstöm (2009) que destacaram dificuldades na avaliação do paciente de acordo com o MTS, especialmente para as categorias de doentes menos urgentes. Tal fato poderia implicar que a estrutura de modelagem racional, através da qual o método de triagem é construído, é incapaz de distinguir todos os parâmetros que um enfermeiro experiente leva em consideração na avaliação do usuário (FORSGREN; FORSMAN; CARLSTRÖM, 2009).

Outra pesquisa desenvolvida na Suécia com 16 enfermeiros, com o objetivo de descrever e comparar estratégias de pensamento e processamento cognitivo no processo de triagem de emergência constatou que os enfermeiros utilizaram a pesquisa de informação, a geração de hipóteses e posteriormente as proposições de soluções (GÖRANSSON et al., 2006).

No sentido de formar, capacitar e treinar os enfermeiros para o trabalho na triagem, vários estudos tem confirmado que o enfermeiro deve estar preparado para classificar e, se necessário, reclassificar a prioridade de atendimento do usuário ao longo do período de espera. Para isso, a avaliação do enfermeiro deve ser cíclica, ou seja, requerer contínuo planejamento e reavaliações dos pacientes (CURTIS et al., 2009). Nos diversos países em que são aplicados sistemas Classificatórios ou de Triagem Estruturada em serviços de urgências, é realizado treinamento com este fim específico, pois autores descrevem que a educação para triagem é o fator mais importante para a tomada de decisão, classificação e priorização do atendimento (CHEN et al., 2010).

Innes, Plummer e Considine (2011) realizaram estudo para avaliar se as normas do Programa de Educação para a Triagem definidas nas recomendações da Associação Australiana de Enfermagem (AAEN) estavam sendo cumpridas. Nesse estudo, compararam os achados com as respostas dos enfermeiros de triagem, antes de 2002, quando não havia o treinamento formal e depois de 2002. Os resultados do referido estudo demonstraram que, desde o seu lançamento, o treinamento para a triagem cumpriu com as recomendações delineadas. A amostra do estudo consistiu em dois grupos: grupo um (antes da realização do treinamento) e grupo dois (após a realização da educação para a triagem), comprovou que o grupo dois havia recebido mais horas de treinamento em relação ao grupo um. Além disso, o grupo um, não recebeu nenhuma prática

supervisionada e apenas 18 enfermeiros do grupo dois, receberam auditoria anual de triagem. O que demonstra a importância de manter a educação em serviço como forma de qualificar o trabalho do enfermeiro na triagem.

Estudos de reprodutibilidade e validade das escalas de triagem vêm sendo realizados com a intenção de comparar a categoria de prioridade de risco da triagem determinada pelo enfermeiro com um valor padrão, isto é, a acurácia das prioridades desenvolvidas pelo enfermeiro na triagem (CONSIDINE; UNG; THOMAS, 2000; VAN DER WULP; VAN BAAR; SCHRIJVERS, 2008). O estudo de Van Der Wulp, Van Baare Schrijvers (2008) avaliou a validade e a confiabilidade do protocolo de Manchester na população em geral. A validade foi obtida com os cálculos de sensibilidade e especificidade do instrumento na prática clínica. A sensibilidade encontrada para identificar pacientes em estado de urgência foi de 53,2% e a especificidade de 95,1%. Foi demonstrada confiabilidade substancial inter-observadores e alta confiabilidade no reteste. Estudo de Versloot e Liutde (2007) verificou a confiabilidade do MTS pelos enfermeiros indicando que 90% da priorização realizada com esse protocolo são confiáveis.

Ainda, referente à classificação de risco, estão surgindo estudos que buscam avaliar a eficiência que essa decisão suporta em termos de segurança do paciente. Sobre essa questão, Durant et al. (2011), em estudo sobre a triagem em serviços de urgência da França, concluíram que o risco de insegurança consiste na possibilidade de recusar atendimento aos pacientes não urgentes, se houver necessidade de redirecioná-los para outros serviços. Assim, as avaliações, que tenham como base a recusa de atendimento, a possíveis pacientes não urgentes, levantam questões legais, éticas e de segurança. Desta forma, os autores concluem que os serviços de urgências devem ter cautela ao aplicar tais critérios para restringir o acesso da população (DURAND et al., 2011). O estudo reitera a necessidade de avaliar o redirecionamento dos usuários não urgentes ou daqueles que são categorizados como pouco urgentes por meio da qualidade das ações desenvolvidas pelo enfermeiro da triagem.

Por outro lado, estão sendo realizados estudos, no cenário internacional, com a intenção de conhecer a opinião dos pacientes a respeito do cuidado prestado em serviços de Urgência. Mutlin, Guinninberg e Carlsson (2005) em avaliação do serviço de urgência, identificaram lacunas no cuidado do paciente do serviço de emergência, em relação à nutrição, alívio da dor, empatia, interesse na sua situação de vida e informações a respeito do cuidado a ser prestado.

Sobre o atendimento desenvolvido na triagem em serviços de emergência, em investigação desenvolvida por Göransson e Von Rosen (2010), na qual os usuários foram entrevistados antes do atendimento médico, 97% desses pacientes avaliaram o enfermeiro de triagem como profissionalmente competente para prestar esclarecimentos sobre a sua condição clínica no momento, porém pouco satisfeitos em relação ao tempo de espera. Esse estudo identificou que os pacientes triados como não urgentes identificaram mais cuidados de enfermagem que pacientes urgentes.

No entanto, outros estudos destacaram que os usuários têm necessidade de maiores informações sobre a sua classificação e priorização do risco quando são avaliados pelo enfermeiro na triagem. A recente 9th. *Conference International for Emergency Nursing*, ocorrido em Adelaide em 2011, na Austrália, apresentou o desejo dos usuários de melhores informações sobre o tempo de espera estimada com atualizações regulares e informações sobre o processo de triagem pelos profissionais da triagem (GERTDZ, 2011). Chan e Chau (2005) referem que os pacientes entrevistados esperavam que os enfermeiros estivessem mais atentos às suas necessidades, dispendendo maior tempo para explicações, na realização da triagem.

Com o fenômeno da superlotação em voga, outros estudos vêm apresentando que os usuários não estão satisfeitos com o tempo de espera e com cuidado de enfermagem. Mayer e Zimmermann (1999) demonstraram que os pacientes consideram o tempo de espera longo e o tratamento e o cuidado de enfermagem, assim como a informação recebida pelos médicos e enfermeiros, como insatisfatórios.

Contrariamente a essa opinião, estudo recente, no qual foram entrevistados usuários idosos que são atendidos em emergências, demonstrou que esses pacientes se sentiram o centro das atenções e valorizados durante a avaliação realizada pelo enfermeiro da triagem. Por essa razão ficaram surpresos e desapontados com as várias horas de espera, que se seguiram após a triagem, para a avaliação do médico e com o descaso da equipe de enfermagem na sala de avaliação, o que fez com que se sentissem abandonados e negligenciados (OLOFSSON; CARLSTRÖM; BÄCK-PETTERSSON, 2012).

As discordâncias entre os enfermeiros da classificação de risco e as chefias dos Serviços de Urgência também resultam em conflitos em relação às prioridades estabelecidas para a assistência. Estudo de Johansen (2012), em Nova Jérsey, EUA, apresenta que, enquanto o mais importante para os líderes constitui-se na diminuição do tempo de espera por atendimento, para os enfermeiros a prioridade é o cuidado prestado

ao paciente. Assim, a expectativa da organização é a implantação de programas para diminuir o tempo de espera para ser avaliado por um médico, o que de acordo com os enfermeiros, cria falsas expectativas nos pacientes, que exigem a avaliação médica, em tempo mais reduzido, gerando conflitos entre os enfermeiros e os pacientes.

Entre os aspectos decorrentes da atividade do enfermeiro na triagem, encontram-se os conflitos resultantes do trabalho do enfermeiro, entre as diferentes categorias profissionais que atuam nos serviços de urgência e também entre o enfermeiro e o usuário desse serviço (FRY; BURR, 2002; FORSGREN; FORSMAN; CARLSTRÖM, 2009). Revisão de literatura demonstra que o enfermeiro tem autonomia e domínio para determinar a urgência de um usuário para o ingresso no sistema de emergência, ajustando a atribuição de código de triagem. Conseqüentemente, muitas tensões, podem resultar dessa função, tornando-a diferente de outros papéis de enfermagem de emergência (FRY; BURR, 2002). Porém, a maioria dos enfermeiros referiu como positivo o sentimento de liberdade e de autonomia na tomada de iniciativa e de suas próprias decisões dentro de sua função de triagem (FORSGREN; FORSMAN; CARLSTRÖM, 2009).

Mayer e Jensen (2007) têm desenvolvido reflexões sobre a prática do enfermeiro na triagem referindo que a utilização da triagem como processo para classificar os pacientes segue como apropriada nos serviços de urgências hospitalares. No entanto, em muitos serviços, a triagem tem evoluído, ao longo do tempo, como um processo, considerado o fio condutor que aumenta o rendimento global. As autoras reforçam que, para a triagem ser eficaz, o processo de classificação dos usuários e priorização de atendimentos terá de contar com o trabalho conjunto da equipe de atores, que tenham propriedade no atual processo de triagem, entre eles, a enfermagem, as recepcionistas, os prestadores de serviços e a administração (MAYER; JENSEN, 2007).

Assim, a triagem no contexto dos serviços de urgência internacional tem por objetivo facilitar o atendimento do paciente pelo profissional de saúde, sendo que a abordagem correta é aquela que permite assegurar o melhor resultado possível na resolução dos problemas. Neste sentido, os enfermeiros buscam ordenar o atendimento nos serviços de emergência de forma tanto a contemplar o sistema de triagem preconizado pela instituição como integrar a assistência prestada ao paciente que busca atendimento, levando em consideração que o foco central da enfermagem é o cuidado aos seres humanos, em toda sua complexidade e na assistência prestada.

### **3.4 Atuação dos enfermeiros no Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco em Serviços de Urgência no Cenário Nacional**

A implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nos serviços de urgência dos hospitais, no território nacional, foi estabelecida em decorrência de razões semelhantes às do cenário mundial: o excessivo número de usuários que buscavam atendimento em serviços de urgência que, agregado à falta de recursos e investimentos, resultavam em superlotação dos serviços (O'DWYER et al., 2009; BITTENCOURT, HORTALE, 2009). O Ministério da Saúde vem organizando a assistência prestada nos serviços de urgência, por meio da criação da Política Nacional de Atenção às Urgências, em 2003 e da Rede de Atenção às Urgências em 2011.

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, tem sido uma das estratégias principais na construção dessa rede, sendo uma maneira de criar condições para o atendimento a todos que procuram os serviços de atenção às urgências (BRASIL, 2004).

Assim, a classificação de risco visa subsidiar a ordem dos atendimentos para que os usuários não sejam orientados pela hora de chegada, mas por parâmetros clínicos de gravidade que permitam identificar as situações que não podem aguardar o atendimento devido ao risco de morte. Trata-se, portanto, de uma tecnologia que procura garantir o atendimento imediato do usuário que enfrenta risco à vida, além de prever e informar o tempo de espera para os indivíduos que não apresentam este risco (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

A Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, já estabelecia que os profissionais de saúde de nível superior que atuassem no AACR teriam que saber reconhecer sinais clínicos de gravidade em pacientes com disfunção respiratória, circulatória, metabólicas, dentre outras, além de ter conhecimento da organização da rede, do sistema local de saúde e da hierarquização dos serviços. Além disso, esses profissionais são responsáveis pela gerência da assistência prestada aos usuários que necessitam de cuidados (BRASIL, 2003).

Em publicação do Ministério da Saúde de 2009 sobre o Acolhimento e a Avaliação e Classificação de Risco dos usuários nos serviços de urgência o enfermeiro é referido como o profissional responsável por classificar os pacientes, ouvir a queixa



principal, identificar os riscos e a vulnerabilidade e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema demandado (BRASIL, 2009).

Mas, somente em 2012, por meio da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 423, ocorreu a legalização das atividades no âmbito do sistema COFEN e dos Conselhos Regionais de Enfermagem. Essa resolução determinou como privativa a participação dos enfermeiros na atividade de classificação de risco, em serviços de urgência, desde que observadas as disposições legais da profissão. Assim, muitas dúvidas quanto ao respaldo legal surgiram durante a implantação do AACR, quanto ao profissional que desenvolveria essa atividade. Os serviços adaptaram-se ao que o Ministério denominou de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, por meio de uma equipe multiprofissional.

Em relato de experiência sobre a classificação de risco, desenvolvido em serviço de urgência de Belo Horizonte, os autores enfatizam que o enfermeiro baseia sua tomada de decisão, na escuta qualificada e no julgamento clínico e crítico das queixas, os quais induzem a um raciocínio lógico, que determinará o risco a ser classificado. A tomada de decisão pelo enfermeiro, na classificação de risco, tem como objetivo compreender a informação clínica, a seqüência em que a informação se processa e as vias pelas quais essa informação determina a categoria de classificação (SOUZA; BASTOS, 2008). A atuação dos profissionais nos serviços de urgência tem demandado o desenvolvimento de habilidades complexas requerendo uma percepção ampliada de sinais e/ou sintomas (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

Segundo Pires (2009) os profissionais de Enfermagem dominam o campo de conhecimentos que lhes dá competência para cuidar das pessoas, em todo o seu processo de viver, do nascimento à morte e é sobre esse cuidado que a enfermagem produz conhecimentos e tecnologias que vão sustentar o campo disciplinar que fundamenta a profissão. Assim, o enfermeiro da Classificação de Risco é quem decide qual e quanta informação precisará ser obtida sobre o estado de saúde de um cliente, avaliando tanto dados objetivos quanto subjetivos (SOUZA; BASTOS, 2008).

Outros estudos realizados no cenário nacional vêm ressaltando a importância da atuação do enfermeiro na Classificação de Risco, justificando sua atuação, baseada na associação de conhecimentos teóricos e práticos, o envolvimento com as políticas públicas, a organização do ambiente de trabalho e a preocupação com o acolhimento e a humanização do atendimento (SHIROMA; PIRES, 2011; NASCIMENTO et al., 2011a; SOUZA; BASTOS, 2008).

Recentemente, pesquisas desenvolvidas em Minas Gerais, têm buscado avaliar a validade e confiabilidade dos protocolos de Classificação de Risco, em instituições hospitalares, as quais já implantaram o Sistema Manchester de Classificação de Risco. Toledo (2009) avaliou a acurácia da classificação de risco em uma unidade de pronto socorro de um hospital municipal, que utilizava um protocolo institucional, desenvolvido a partir do modelo canadense. O autor encontrou uma concordância de sofrível a razoável entre os níveis da classificação ( $Kappa=0,36$ ) entre os dois protocolos: Sistema Manchester de Classificação de Risco e o Protocolo institucional do Hospital Municipal Odilon Behrens. O autor destaca que a utilização de protocolos embasa a classificação de risco e oferece respaldo legal para a atuação segura dos enfermeiros, sendo necessário assegurar a escuta sensível do usuário e suas queixas, para garantir um processo de classificação de risco e a assistência qualificada ao usuário do SUS (TOLEDO, 2009). Outro estudo referiu que o protocolo de Manchester é capaz de prever a evolução dos doentes durante a permanência na instituição (PINTO Jr., 2013).

Em estudo sobre a organização tecnológica do trabalho em UPAS foi identificado que o enfermeiro realiza a classificação de risco com a intenção prioritária de atender a toda demanda com agilidade e rapidez, visando à organização do serviço, no intuito de priorizar o atendimento de acordo com a indicação clínica, o grau de sofrimento e o potencial risco à vida (GEHLEN, 2012). Foi obtida a concordância plena dos enfermeiros de que o Acolhimento com a Avaliação e Classificação de Risco diminuiu as filas (83%) e ordenou o fluxo de atendimento (70%), reduzindo a possibilidade de agravamento da condição clínica do usuário durante o período em que aguarda atendimento médico (melhoria do prognóstico, 63%).

No entanto, outros estudos nacionais vêm demonstrando que, nos serviços de urgência, o enfermeiro vem vivenciando conflitos no desenvolvimento dessas novas práticas, assumindo as dificuldades e os riscos, na linha de frente de atendimento (FEIJÓ, 2010; GODOY, 2010; COUTINHO, 2010; MARTINS, 2012). Godoy (2010) e Martins (2012) referem que os enfermeiros se sentem pressionados para propiciar funcionalidade ao sistema de classificação de risco e o que de certa forma, os obriga a contra-referenciar os usuários para outros serviços, sem avaliação médica. Godoy (2010) refere que essa ação, apresenta-se como uma pressão interna, que os obriga a desenvolver estratégias a fim de cumprir com as suas obrigações.

Outros desafios para a implementação do protocolo de classificação de risco, citados no estudo de Martins (2012), referem-se à falta de tempo disponível para o

enfermeiro ver, ouvir e informar o usuário. Já Shiroma (2008) refere que deve haver um equilíbrio entre rapidez e efetividade na classificação de risco e que sua execução não deve demorar mais que dois a cinco minutos.

Coutinho (2010) indica a necessidade de reavaliação contínua de aspectos técnicos do protocolo e dos fluxos internos, além da adequação da estrutura física como componentes essenciais para legitimar a Classificação de Risco e o uso do Sistema de Classificação de Risco de Manchester como política institucional. Além disso, esse autor também indicou a presença de conflitos entre a classe médica e de enfermagem, sendo que o trabalho do enfermeiro de classificar o risco e definir a ordem de atendimento é entendido pela corporação médica como uma estratégia institucional, que interfere na autonomia do trabalho médico, funcionando como um controle da instituição interposto entre o médico e o paciente.

A avaliação do paciente pelo enfermeiro na classificação de risco também pode gerar situações conflituosas, que envolvem as percepções diferenciadas entre o paciente e o profissional de saúde sobre a priorização do risco e o tempo de espera para avaliação médica. Zanelatto e Dal Pai (2010) em estudo sobre o trabalho no pronto-socorro ponderam que muitas interações conflituosas foram observadas durante a classificação e que o conflito se inicia quando a avaliação do usuário sobre o seu estado de saúde pede atenção imediata, mas o olhar técnico do profissional não o enquadra nessa categoria.

O enfermeiro vem sendo o profissional que tem maior aproximação com o usuário, destacando sua presença na organização de serviços de atenção à saúde. Em função disso, autores destacam que, o enfermeiro na classificação de risco, além de avaliar a condição clínica do paciente e conseqüente priorização do atendimento, negocia com os usuários as situações conflituosas que se impõe no cotidiano da classificação de risco em serviços de urgências (EDWARDS; SINES, 2008; HITCHCOCK et al., 2013).

O ambiente dos serviços de urgência vem sendo descrito como caótico, exigente e estressante em cuidados de saúde (BRASIL, 2003; VALDEZ, 2009). As atitudes e decisões são tomadas constantemente sobre a vida do paciente. Desta maneira espera-se que toda atuação profissional neste setor seja de qualidade, realizada com eficiência e conhecimento, para assim, tratar cada indivíduo de forma adequada, com vistas à sua complexidade (MONTEZELLI, 2009). Esse cuidado envolve diferentes classes profissionais, as quais interagem para atender às demandas de cuidado dos usuários que ingressam nos serviços.

Na equipe de saúde, o enfermeiro de um serviço de urgência tem sido considerado como o profissional que protagoniza ações essenciais de cuidado e gerenciamento, além de ser intermediário entre a família e a equipe de atendimento (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005). Dessa forma, para prestar um atendimento de qualidade, os profissionais buscam atender as demandas que se apresentam, as quais pela diversidade e por exigir imediatismo no cuidado, representam um desafio diário, podendo gerar atritos, na resolução de cada caso.

Assim, os enfermeiros que atuam na Classificação de Risco em serviços de urgência no cenário nacional vêm buscando desenvolver essa atividade e aperfeiçoar o ordenamento para o fluxo de atendimento.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de Estudo

No sentido de contemplar os objetivos previstos para esta pesquisa foi realizado estudo exploratório, de natureza quantitativa, de mensuração de opinião, com a utilização da técnica Delphi.

### 4.2 Técnica Delphi

A técnica Delphi é um método destinado à dedução e ao refinamento de opiniões de um grupo de pessoas especialistas, peritos ou indivíduos especialmente instruídos, com a finalidade de alcançar o consenso de opinião por meio de uma série de questionários, entremeados com a retroalimentação das respostas das opiniões (DALKEY, 1969). É uma metodologia que põe em evidência um processo de comunicação, que permite que um grupo de indivíduos aborde problemas complexos (PIOLA; VIANNA; VIVAS-CONSUELO, 2002).

De acordo com Keeney, Hasson e McKenna (2006) há quatro características da técnica Delphi que a distinguem de outros processos de decisão grupal: o anonimato, a interação com processo de retroalimentação (*feedback*) controlado, respostas com informações estatísticas e o conhecimento que os especialistas trazem para o grupo. A exigência de que o especialista tenha um real entendimento sobre o tema em discussão consiste em condição essencial para a técnica Delphi.

A técnica Delphi se caracteriza por possibilitar formas alternativas de questionamento, pela agregação das respostas de especialistas de maneira interativa, sistemática e com flexível número de interações, permitindo que haja a retroalimentação em um processo de análise parcial de resultados, utilizando a comunicação escrita (SILVA; TANAKA, 1999).

O nome técnica Delphi, deriva da palavra Delfos que é oriunda da mitologia grega, relacionada ao nome do templo de Apolo, divindade que tinha o poder de transferir

visão do futuro aos mortais inquietos, sendo que Delfos era o local no qual os gregos ouviam suas profecias (GOODMAN, 1987).

Por volta do ano 1952, a técnica Delphi foi utilizada pela primeira vez, em experimento denominado Projeto Delphi pela Rand Corporation, em Santa Mônica, Califórnia, Estados Unidos da América. O objetivo original era desenvolver uma técnica para aprimorar o uso da opinião de especialistas na previsão de tecnologias, utilizando para isso as opiniões de especialistas (*experts*) em relação à estratégia soviética, sobre o número estimado de bombas atômicas necessárias para reduzir a produção de munições (DALKEY, 1969).

De acordo com Dalkey (1969) a técnica baseia-se no uso estruturado do conhecimento, da experiência e da criatividade de um painel de especialistas, e pressupõe que o julgamento coletivo, quando organizado adequadamente, é melhor que a opinião de um só indivíduo (DALKEY, 1969). Portanto, a técnica Delphi foi criada para o desenvolvimento do conhecimento, produzindo orientações úteis sobre problemas multifacetados (GOODMAN, 1987).

Originalmente, a técnica Delphi foi desenvolvida para buscar um consenso de opiniões de um grupo de peritos a respeito de eventos futuros (WRIGHT, GIOVINAZZO, 2000). No entanto, gradativamente, a técnica Delphi vem sendo incorporada para pesquisas na implantação de novas tecnologias nas áreas empresarial, sociológica e da saúde (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). Sendo uma abordagem flexível, é utilizada em situações, nas quais existe carência de informações, isto é, quando há pouco conhecimento ou incerteza sobre uma temática complexa e há a necessidade de obter uma abordagem interdisciplinar ou de estimular a criatividade dos especialistas para o surgimento de novas idéias (HASSON; KEENEY; MCKENNA, 2000). Neste sentido, é utilizada quando não se dispõe de dados quantitativos ou estes não podem ser projetados para o futuro com segurança, em face de expectativa de mudanças estruturais nos fatores determinantes das tendências futuras (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Na enfermagem, estudos foram realizados utilizando essa técnica, entre eles: estudo sobre as competências dos enfermeiros para atuar em Serviços de Emergências (HOYT et al., 2010); estudos sobre a validação de instrumento para medir as competências do enfermeiro na realização de cuidados avançados em serviços de saúde (CHANG et al., 2010) e estudos Delphi sobre os princípios pedagógicos e estratégias de ensino na enfermagem (ARTHUR; LEVETT-JONES; KABLE, 2012) entre muitos outros.

Na enfermagem brasileira, a primeira pesquisa da qual se tem registro de utilização da técnica Delphi, foi realizada por Faro (1995), que identificou diagnóstico e condutas de enfermagem em pacientes adultos com lesão medular, em programa de reabilitação. Nessa mesma década, surgiram estudos de outras autoras que pesquisaram as necessidades individuais dos pacientes adultos hospitalizados (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998). Silva, Tanaka (1999) realizaram pesquisa relacionada às competências na atenção primária à saúde de médicos e de enfermeiros.

A partir do ano 2000, aumentou o número de pesquisas brasileiras na Enfermagem que utilizaram a técnica Delphi. Pode-se exemplificar com o estudo de Dal Ben e Souza (2004), o qual buscou a validação para o idioma português de instrumento usado para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem domiciliar; autores como Bochembuzio e Gaidzinski (2005) validaram instrumento de classificação do grau de dependência de recém-nascidos hospitalizados; além de Martins e Forcella (2006) que apresentaram proposta de classificação de pacientes psiquiátricos segundo nível de dependência. Witt e Almeida (2008) analisaram as competências gerais e específicas dos enfermeiros em atenção primária de saúde. Cunha e Peniche (2007) avaliaram instrumento de registro de paciente adulto em sala de recuperação pós-anestésica.

Recentemente Castro (2010) validou o conteúdo de uma proposta educacional para construção de web site relacionado com a utilização do brinquedo terapêutico na assistência de enfermagem pediátrica. Estudo Delphi foi desenvolvido por Scarparo (2012), que buscou caracterizar segundo a ótica de enfermeiros que atuam na enfermagem brasileira na área de gerência, o gerenciamento de enfermagem hospitalar centrado no usuário. Outros estudos utilizaram a técnica Delphi para identificar as competências dos enfermeiros em Programas tutoriais de enfermagem (RODRIGUES, 2012) e para a atenção à criança na rede básica de saúde (SILVA, 2012).

Os resultados dos estudos referidos consideram que a aplicação da técnica Delphi apresenta importante potencial para o desenvolvimento de pesquisas quantitativas, quando se pretende estabelecer consenso, perspectivas e idéias. Scarparo (2012) destaca o potencial de sua aplicação como técnica de pesquisa na área da enfermagem. Os estudos que utilizaram a técnica Delphi apresentam como vantagens, a motivação dos participantes para refletirem sobre o assunto em questão, assim como, a proteção do anonimato, o qual minimiza o viés que pode ocorrer em técnicas grupais, nas quais os membros podem ser inibidos de expressar as suas opiniões em relação à presença de outras pessoas no ambiente. Nos grupos presenciais, os participantes podem se organizar

em grupos majoritários e desenvolver uma posição de relutância de abandonar posições assumidas e dominância em relação aos grupos minoritários (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

No entanto, é importante ressaltar que o estabelecimento e a aplicação de diretrizes da pesquisa Delphi conferem qualidade e confiabilidade ao estudo. Essas diretrizes incluem: aplicabilidade do método a um problema específico; seleção dos entrevistados e sua experiência (o painel); concepção e aplicação do questionário; *feedback*; consenso ; reunião do grupo (HASSON; KEENEY; 2011).

Para operacionalizar a técnica Delphi são realizadas sucessivas rodadas de aplicação, de questionários interativos, que circulam repetidas vezes entre os participantes, com a realização de uma retroalimentação estatística de cada resposta, até a obtenção de um consenso (HASSON; KEENEY; MCKENNA 2006). O método Delphi é entendido como um julgamento sistematizado, no qual se busca alcançar opiniões de um grupo de especialistas sobre um determinado problema, utilizando para isso, validações articuladas em rodadas dos instrumentos, nas quais é preservado o anonimato das respostas individuais (SCARPARO et al., 2012; MCKENNA, 1994).

Na primeira rodada, o instrumento é enviado aos especialistas, os quais recebem o questionário, que deve ser respondido individualmente (GIOVINAZZO, 2001). A partir do retorno dos instrumentos, as respostas são analisadas e tratadas de forma estatística e enviado um segundo instrumento, o qual é revisado pelo pesquisador, retirando as questões que obtiveram consenso e o questionário é novamente enviado aos participantes com a informação dos resultados obtidos na primeira rodada de opiniões.

A segunda rodada de opiniões é definida quando o segundo questionário, após ser reformulado pelo pesquisador, é novamente enviado aos participantes. Neste momento, os especialistas são, então, solicitados a fazer uma segunda avaliação de suas opiniões, diante da apresentação estatística de cada resposta fornecida pelo grupo na primeira rodada, e, julgar se devem modificá-la ou não. Assim, na segunda rodada o questionário poderá excluir as questões que já apresentaram consenso ou convergências nas respostas.

A técnica Delphi prevê que esse processo poderá se repetir até se obter um consenso em relação a cada questão (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). A cada nova rodada as perguntas são repetidas e os participantes devem reavaliar suas respostas à luz daquelas apresentadas pelos demais respondentes na rodada anterior. Esse processo é repetido por sucessivas rodadas do questionário até que a divergência de opiniões entre especialistas tenha se reduzido a um nível satisfatório e a resposta da última rodada é



considerada como a previsão ou o consenso do grupo (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000; SCARPARO et al., 2012).

O método requer peritos com conhecimentos sobre as questões em análise e que são selecionados com a finalidade de aplicar os seus conhecimentos em relação a um problema com base em critérios desenvolvidos a partir da natureza do assunto. O conceito de perito é alvo e discussão de vários autores e tem sido definido como um especialista no seu campo, alguém que tem conhecimentos acerca de um assunto, alguém com muita experiência ou alguém que tem conhecimentos muito contextualizados (OKOLI; PAWLOWSKI, 2004).

O questionário terá de apresentar em cada questão uma síntese das principais informações sobre o assunto, explorando os pontos que o pesquisador deseja obter consenso e também as tendências sobre o futuro de que trata a temática do estudo. As questões devem ser apresentadas de forma homogênea em termos de linguagem e do raciocínio (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000; CASTRO, 2010).

O Delphi pode ser realizado por correio ou pela Internet. A utilização do correio eletrônico para a técnica Delphi conserva as mesmas características de uma pesquisa Delphi tradicional, mantendo-se o anonimato dos respondentes, o tratamento estatístico das respostas e o re-envio e *feedback* das respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes, divulgados na Internet, para que possam ser consideradas pelo grupo no preenchimento da segunda rodada. As rodadas são estimadas em duas a três, de modo geral, porém irão depender da natureza e complexidade do assunto e da composição do grupo (GIOVINAZZO, 2001). Autores indicam que fatores como nível de experiência, qualificação e exposição do problema a ser investigado, podem influenciar o número de rodadas, o fornecimento de retroalimentação, a seleção, composição e tamanho do painel (WOUDENBERG, 1991; HASSON; KEENEY, 2011). Os autores referem que a natureza interativa da abordagem, combinada à ocorrência de pensamento de grupo pode prevenir a presença de viés, aumentando a confiabilidade dos resultados. Ainda, o tamanho do painel de participantes do estudo aumenta a confiança do grupo entrevistado, com base na crença de que um grupo maior vai refletir a opinião da população (HASSON; KEENEY; 2011).

De acordo com Hasson e Keeney (2011) a aceitação dos resultados do Painel Delphi, não representa fato indiscutível, uma vez que oferece uma opinião instantânea para o grupo especialista, num determinado momento. Os resultados são utilizados, para informar o pensamento prático ou teórico a respeito de determinado assunto.

### 4.3 Seleção dos Participantes

A seleção dos participantes foi desenvolvida em função da técnica escolhida como método de investigação do presente estudo: a técnica Delphi. Esta técnica prevê que seja obtido consenso de um grupo a respeito de determinado fenômeno. O grupo deve ser composto por profissionais que estejam engajados na temática do estudo, pela sua experiência e/ou por conhecimentos técnicos e científicos (WITT, 2005).

A seleção da amostra foi de conveniência, pois foram considerados os critérios previstos na literatura para utilização da técnica Delphi, que consiste no respeito e na valorização da experiência e do conhecimento dos participantes sobre a área específica do estudo. Cada um dos profissionais ao participarem da pesquisa, colocou à apreciação do grupo, os seus conhecimentos, resultado da prática, os quais são transformados em definição individual sobre determinado assunto (KEENEY; HASSON; McKENNA, 2006). Em função de tal fato, não houve preocupação com a representatividade de todos os Estados e regiões do País, uma vez que o conhecimento e experiência dos participantes da amostra sobre a temática foram considerados os critérios relevantes deste estudo.

As unidades federadas dos enfermeiros participantes do estudo Delphi foram agrupadas por regiões: região sul, região centro-oeste, região sudeste, região nordeste e região Norte.

Foram respeitados os seguintes critérios para a inclusão na amostra do estudo: enfermeiros que realizavam a classificação de risco em unidades e serviços de urgência no período de coleta de dados e pesquisadores estudiosos sobre essa temática: enfermeiros mestres e doutores e alunos de cursos de Pós-Graduação *stricto sensu e lato sensu*.

Para composição do painel de especialistas foi utilizada a técnica em cadeia de rede em bola-de-neve ou *snowball technique* com a finalidade de realizar a seleção dos participantes, pois houve dificuldade de localizar os profissionais nas instituições que utilizam a Classificação de Risco nos serviços de urgência e emergência. A amostragem de rede ou em bola de neve foi conceitualmente projetada como um método de recrutamento amostral, que oferece uma maneira de superar os desafios associados com dificuldade de convidar sujeitos ou comunidades para participar de projetos de intervenção de cuidados de saúde ou estudos de investigação (SADLER et al., 2010).

A técnica de bola de neve encontra um indivíduo (a "semente") que tenha as características desejadas e utiliza-se da rede social da pessoa para recrutar participantes semelhantes em um processo de múltiplos estágios. Após contatada, a fonte inicial ajuda a recrutar respondentes, os quais convidam outros, iniciando um processo análogo a uma bola de neve (ATKINSON; FLINT, 2001). Assim, os primeiros respondentes indicaram outros, que, por sua vez, indicaram outros e assim por diante (CHAVES et al., 2011). A utilização da técnica de referência em bola-de-neve facilitou essa etapa. Também, foi realizado um contato prévio com os prováveis participantes, para a confirmação de interesse de participar do painel de especialistas do estudo Delphi e prevenir abstenção na primeira rodada (SCARPARO et al., 2012).

O processo de seleção dos enfermeiros para o painel Delphi iniciou em dezembro de 2012, quando foi criado e-mail para a pesquisa, com a finalidade de propiciar os contatos. Para dar início ao estudo, foi adotada a busca de especialistas na Plataforma Lattes, que é a base de dados de currículos e de Instituições das áreas de ciência e tecnologia do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Brasil. Utilizou-se a ferramenta de busca simples, com o preenchimento do campo 'assunto' com as palavras "enfermagem na classificação de risco em serviços de urgência". A partir do resultado inicial, os currículos foram avaliados e selecionados pela pesquisadora, de acordo com os seguintes critérios: ser enfermeiro, ter pesquisas e produção intelectual a respeito da temática em estudo e/ou experiência em serviços da rede de atenção às urgências e no Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco, Classificação de Risco de Manchester ou outro protocolo classificatório de risco em serviços da rede de atenção às urgências.

Os elementos chave para a técnica de bola-de-neve foram selecionados da Plataforma Lattes, e então, foi enviado convite de participação no estudo Delphi e solicitação de indicação de outros enfermeiros participantes. Assim, em 28 de abril de 2013, os primeiros enfermeiros e pesquisadores receberam os convites e aceitaram participar da pesquisa, e indicaram novos contatos, que por sua vez, indicaram outros e assim por diante, deflagrando o início do processo da técnica de bola de neve.

Seqüencialmente, em 01 de maio de 2013, os contatos fornecidos foram inseridos em uma planilha em Excel para o controle da coordenação da pesquisa, contemplando: nome do participante, e-mail, instituição, indicação, data de convite, data de aceite, data de resposta e data de lembrete. Concomitantemente, esses contatos eram convidados por e-mail para participar da pesquisa. Após a resposta de aceite dos mesmos, a tabela de

Excel era atualizada e foram enviadas respostas com orientação sobre o próximo passo da pesquisa. Assim, foi enviado novo convite a todos os especialistas que não responderam o e-mail, para uma segunda oportunidade de sinalização para participação na pesquisa.

Foi determinado o fechamento da bola de neve em 24 de maio de 2013, com 476 enfermeiros convidados a participar do estudo, dos quais 179 formalizaram a intenção de colaborar.

Neste estudo, a primeira rodada contou com a participação de 130 enfermeiros, a segunda rodada com 89 e a terceira rodada com 65.

#### **4.4 Instrumento da Pesquisa**

A técnica Delphi requer o uso de questionários para a produção das informações, porém inexistente um modelo padronizado aplicável a todas as situações para a obtenção das opiniões dos respondentes (WITT, 2005). Dessa forma, foi utilizado um questionário pré-elaborado pela autora (APÊNDICE D), organizado a partir da revisão da literatura científica atualizada sobre o tema em estudo, dentro da abrangência dos objetivos da pesquisa. O instrumento inicial contou com uma ficha de identificação para a caracterização dos respondentes. A ficha de identificação do instrumento apresenta questões relativas às informações sobre o respondente: unidade da Federação Brasileira em que o participante exerce atividades laborais, atual área de trabalho, tipo de instituição (privada, pública, mista, de ensino privado, de ensino público); ano de formação, nível de escolaridade, além de informações relativas à utilização de protocolos de Classificação de risco no serviço de urgência indicado.

A segunda parte do Instrumento contou com questões e respostas elaboradas a partir da utilização da escala de Likert, que é uma escala de medida. A Escala de Likert é entendida como o somatório dos escores conferidos aos vários itens que formam um conceito e perante os quais se mede a reação ou respostas dos indivíduos, escolhendo um dos cinco pontos da escala. A redação das afirmações foi baseada na literatura existente sobre a temática em estudo.

As alternativas de resposta foram cinco e indicaram quanto o indivíduo estava de acordo com a afirmação correspondente. A escala de Likert utilizada no instrumento elaborado para a primeira rodada deste estudo foi: Discordo totalmente; Discordo; Não

discordo nem concordo; Concordo; Concordo totalmente. O questionário constituiu-se de duas partes: a primeira parte, com dados de identificação dos participantes, com doze questões; e a segunda parte, com quarenta e nove questões com respostas em escala de Likert.

De acordo com a literatura, para conferir rigor na utilização da técnica, faz-se necessário validar o conteúdo e a forma do questionário, antes do início da primeira rodada de opiniões. Assim, foram convidados enfermeiros docentes, pesquisadores e especialistas para constituírem os juízes, que são pessoas que possuem notório saber sobre a temática escolhida (SCARPARO et al., 2012). De janeiro a fevereiro de 2013 a pesquisadora procedeu à avaliação dos currículos na Plataforma Lattes para a seleção de juízes.

Em fevereiro de 2013, foi enviado aos sete juízes selecionados, por correio eletrônico, a carta-apresentação da pesquisa (APÊNDICE A) e o questionário inicial com a finalidade de avaliação do conteúdo e da aparência do questionário. Em março, considerando as sugestões dos juízes, foram acrescentadas reformulações para aprimoramento do questionário.

A Seção de mensuração de opinião contemplou 59 afirmativas relativas às áreas temáticas:

- Dinâmica da Organização do trabalho na Classificação de Risco no serviço de urgência/emergência na atualidade;
- Dinâmica da Organização do trabalho na Classificação de Risco no serviço de urgência/emergência no futuro (próximos 10 anos);
- Ações do enfermeiro na avaliação e classificação de risco do paciente no serviço de urgência /emergência na atualidade;
- Ações do enfermeiro na avaliação e classificação de risco do paciente no serviço de urgência/emergência no futuro (próximos 10 anos);
- Conhecimentos e habilidades do enfermeiro, necessários para a realização da Classificação de Risco no serviço de urgência/emergência, na atualidade;
- Conhecimentos e habilidades do enfermeiro, necessários para a realização da classificação de risco no serviço de urgência/emergência, no futuro (próximos 10 anos);

- Utilização do protocolo/escala de Classificação de Risco no serviço de urgência/emergência, na atualidade;
- Utilização do protocolo/escala de Classificação de Risco no serviço de urgência/emergência, no futuro (próximos 10 anos);
- Estrutura organizacional para a Classificação de Risco no serviço de urgência/emergência, na atualidade;
- Estrutura organizacional para a Classificação de Risco no serviço de urgência/emergência, no futuro (próximos 10 anos).

Foi realizado um pré-teste para verificar as ambiguidades e lacunas do questionário, assim como a aplicabilidade e clareza das questões para uma fácil compreensão (WITT, 2005; SCARPARO et al., 2012). De acordo com Hair (2005), o número de indivíduos incluídos em um pré-teste deve ser no mínimo quatro e no máximo 30. Levando-se em consideração essa recomendação, o pré-teste foi realizado com sete participantes, que responderam os questionários inseridos na Plataforma *SurveyMonkey*®. Nesse momento, foram avaliadas a aplicabilidade e clareza do instrumento, a testagem do tempo de preenchimento e também as formas de funcionamento da Plataforma *SurveyMonkey*®. Foram corrigidas as situações previstas na configuração inicial do questionário que impossibilitavam responder as questões em diferentes momentos antes de encerrá-lo e evitando a possibilidade de mais de um questionário ser respondido por participante. Tais ocorrências poderiam prejudicar o andamento da coleta de dados.

Em abril, foram enviados os convites aos participantes por meio da Plataforma *SurveyMonkey*®. O questionário, então, foi submetido aos 172 participantes especialistas, que haviam confirmado interesse em participar.

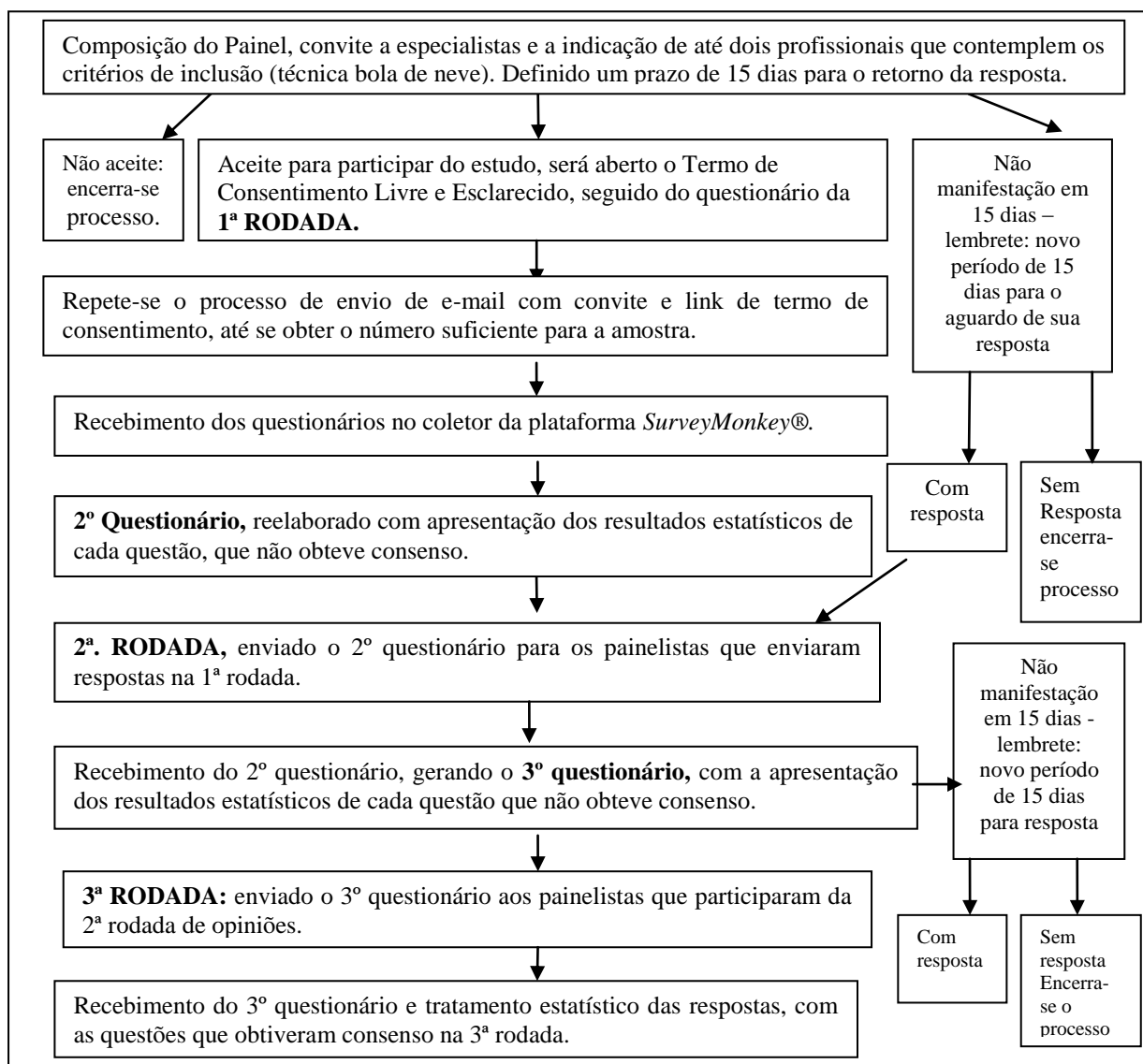
#### **4.5 Procedimentos de Coleta dos Dados**

A coleta de dados foi realizada no período de 29 de abril a 26 de outubro de 2013, constituída por três rodadas de aplicação do questionário. Para a decisão sobre as rodadas realizadas, levou-se em consideração que o número de rodadas pode variar de duas a quatro e que um número menor de rodadas minimiza a fadiga dos respondentes, gerando redução nas taxas de resposta (KEENEY; HASSON; McKENNA, 2006).

Em todas as rodadas foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois se tratava de um questionário diferente do apresentado em rodada anterior, com exclusão de questões que já tinham obtido consenso e também modificação no padrão de alternativas de respostas das afirmativas reapresentadas.

No quadro a seguir estão apresentadas as etapas deste estudo Delphi, de acordo com o modelo adaptado de Giovinazzo (2001).

**Quadro 1- Etapas do Estudo Delphi sobre a Classificação de Risco na perspectiva do enfermeiro.**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Na primeira rodada, foi enviado e-mail para todos os especialistas que sinalizaram interesse em participar deste estudo, com carta de apresentação e convite, via plataforma *SurveyMonkey®*, constando o link que possibilitava o acesso ao questionário

(APÊNDICE B) iniciando pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D). Ao aceitar a participação na pesquisa no Termo de Consentimento, automaticamente o participante obtinha acesso ao questionário. Assinalando a opção de não concordância em participar da pesquisa no TCLE, gerava o encerramento do processo na plataforma.

Na primeira rodada de opiniões, o questionário foi enviado por meio da plataforma *SurveyMonkey*® aos 172 profissionais que concordaram em participar da pesquisa.

A primeira rodada iniciou em 29 de abril e encerrou-se em 14 de junho de 2013. Foi dado prazo inicial de 15 dias (até 14 de maio) para os participantes responderem, porém foi necessário estendê-lo por um período de mais 15 dias (30/05), e um terceiro período de 15 dias (14/06) para conseguir obter as respostas dos participantes. Assim, a primeira rodada totalizou em 45 dias. Estudos que utilizam a técnica Delphi relatam que a taxa de retorno pode apresentar-se como um desafio a ser enfrentado, sendo que muitos especialistas não respondem o questionário no prazo estimado, mesmo com o envio de lembretes (WIIT, 2005; SILVA *et al.*, 2009; SCARPARO, 2012).

#### Aplicação da segunda rodada de opiniões dos especialistas participantes do estudo:

Na sequência do estudo, na segunda rodada foram enviados, via link eletrônico, o segundo questionário reelaborado, sendo retiradas as afirmações em que houve consenso das respostas na primeira rodada. Foi considerada a existência de consenso para o presente estudo, quando o percentual das alternativas de respostas apresentasse frequência maior ou igual a 70% do total, para cada afirmativa ou questão presente no instrumento (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Assim, o instrumento utilizado na primeira rodada de opiniões foi reformulado. Foram retiradas as 36 questões que obtiveram consenso entre os enfermeiros durante a primeira rodada. Dessa forma, no questionário utilizado na segunda rodada foram apresentadas 23 questões, com a descrição dos resultados obtidos na rodada anterior, isto é o percentual obtido em cada alternativa de resposta para cada uma das 23 questões (APÊNDICE E). A apresentação dos resultados nas alternativas que não obtiveram o consenso possibilita ao participante reavaliar seu posicionamento perante a previsão estatística do grupo, em cada questão, o que constitui o feedback controlado da técnica (SCARPARO *et al.*, 2012).



Para a segunda rodada também foi realizada a diminuição das alternativas de respostas de escala de Likert de cinco para quatro alternativas. Utilizou-se esse formato de redução das respostas, com base em estudo de Scarparo (2012), com a finalidade de facilitar a decisão dos respondentes, pois na primeira rodada houve dispersão dos dados. Nas questões apresentadas, a alternativa “não concordo nem discordo”, foi assinalada em aproximadamente 15% dos participantes dentre as alternativas.

No instrumento da segunda rodada de opiniões foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os resultados estatísticos das respostas das questões que não obtiveram consenso e as questões com quatro alternativas de respostas na escala de Likert (discordo totalmente, discordo, concordo, concordo totalmente) para os painelistas participantes da primeira rodada de opiniões.

A intenção da segunda rodada foi obter a convergência das respostas em relação ao objeto de estudo por meio das informações prestadas pelos membros do grupo, pois a apresentação dos resultados estatísticos da primeira rodada permitiu que cada respondente reavaliasse sua posição em face das respostas do grupo para cada pergunta (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Após a reformulação do instrumento, de 15 a 18 de julho de 2013, este foi inserido na plataforma *SurveyMonkey*® e encaminhado aos participantes que responderam a rodada anterior. A plataforma *SurveyMonkey*® tem como proposta o fornecimento de soluções na criação, aplicação, coleta e análise de dados dos questionários via internet, com privacidade e segurança (SURVEYMONKEY, 2011). A plataforma *SurveyMonkey*® foi utilizada como recurso para o envio dos convites, por e-mail, com link para acesso ao questionário. Tal fato provê confiabilidade no processo de coleta de dados.

Sequencialmente, o questionário da segunda rodada foi reenviado para os respondentes. O prazo solicitado para preenchimento foi de 10 dias. Foram enviados dois lembretes para que os participantes completassem o questionário, respectivamente nos períodos de 01 a 10/08/2013 e de 11/08 a 22/08/2013. Os lembretes consistiram em estratégia para motivar o preenchimento dos questionários e a continuidade de participação no estudo Delphi.

Em 22/08/2013 foi realizado o fechamento do coletor da segunda rodada na plataforma *SurveyMonkey*®. A segunda rodada, então, foi realizada no período de 19 de julho a 22 de agosto de 2013 – 35 dias – e contou com a participação de 89 enfermeiros. Após, houve a análise das respostas da segunda rodada, em relação às questões

apresentadas. Das 23 questões apresentadas, oito não obtiveram consenso no grupo de participantes.

#### Aplicação da terceira rodada de opiniões dos especialistas participantes do estudo:

Para a terceira rodada, foi apresentado o questionário reestruturado do estudo Delphi, aos participantes, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE F). Novamente, a forma de retroalimentação aos participantes do estudo se deu por meio da descrição dos resultados estatísticos das questões que não obtiveram o consenso de 70% ou mais, na segunda rodada. Das 23 questões da segunda rodada de opiniões, apenas 08 das afirmações não atingiram o consenso de respostas maior ou igual a 70%.

Em 25 de setembro de 2013 foi enviado aos participantes, via plataforma eletrônica, o terceiro questionário com oito questões. Nesse questionário, também houve modificação da escala de alternativas de resposta, que passaram a ser duas: concordo e discordo. A finalidade de tal ação foi reduzir a dispersão dos resultados e obter o consenso nas afirmativas apresentadas.

Em 07 de outubro houve o envio do primeiro lembrete da terceira rodada, renovando a solicitação para os participantes com novo prazo de 10 dias e em 16 de outubro, o segundo lembrete com previsão de encerramento da coleta para 26/10/2013. A terceira rodada consistiu em um período de 32 dias.

No terceiro questionário não se atingiu o consenso para três questões. As questões dissidentes, que não obtiveram o consenso entre os respondentes no final da terceira rodada, serão discutidas e analisadas na apresentação dos resultados, conforme recomenda a literatura (SCARPARO, 2012).

#### **4.6 Análise dos Dados**

Após o encerramento das rodadas, houve processamento dos dados em planilha no programa Microsoft Excel, sendo que a análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, com utilização do programa SPSS 17.0.

As respostas foram avaliadas de acordo com o nível de consenso já estabelecido na literatura, estipulado em maior ou igual a 70% de consenso dos respondentes do estudo Delphi (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). O consenso ocorreu por concordância (concordo totalmente e concordo) ou por discordância (discordo totalmente e discordo) nas respostas dos participantes. A opção em incluir os consensos tanto de concordância como de discordância, teve por finalidade contemplar o objetivo do presente estudo que consiste em avaliar as potencialidades e fragilidades da Classificação de Risco. Assim foram consideradas para as potencialidades, as questões que apresentaram consenso de concordância nas três rodadas e para as fragilidades, as questões que obtiveram consenso de discordância ou que não obtiveram consenso. De acordo com Hansson e Keeney (2011) existem várias opções disponíveis, em primeiro lugar o reconhecimento de que a técnica Delphi é a exploração de idéias ou a formulação de informações para melhorar a tomada de decisão para obter um consenso, o que justifica as definições escolhidas para este estudo.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão, quando a distribuição era simétrica. Em caso de assimetria, a mediana e a amplitude interquartílica foram utilizadas para a descrição das variáveis. A distribuição da amostra foi testada pelo teste de Shapiro-Wilks. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

#### **4.7 Considerações Éticas**

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, sendo aprovado sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 12299113.5.0000.5347.

Os participantes da pesquisa receberam em todas as rodadas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), declarando a sua aceitação em participar da investigação, conforme define a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

O TCLE foi enviado aos participantes através de link eletrônico do instrumento da plataforma eletrônica (*SurveyMonkey*®). O link permitia o acesso ao questionário na

plataforma eletrônica privada da internet, que apresentava o TCLE. Ao fazer a escolha de concordar ou não com o conteúdo formalizado no texto do TCLE, os enfermeiros convidados, obrigatoriamente, definiram a escolha em participar ou não da pesquisa. O aceite de participação e o preenchimento do TCLE foram condições obrigatórias para a abertura das páginas subsequentes do questionário, disponível *on line*, por meio da plataforma *SurveyMonkey*®.

A não concordância com o TCLE bloqueou a abertura do questionário e, portanto, o processo foi encerrado. Os questionários preenchidos juntamente com os termos de consentimento estão armazenados na plataforma eletrônica e foram salvos em arquivo no formato pdf. e guardados por cinco anos pela pesquisadora, conforme dispõe a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO DELPHI:

Compuseram o painel da primeira rodada de opiniões do estudo 130 enfermeiros que responderam o questionário completo. Obteve-se adesão de 76,5% dos enfermeiros convidados.

Na segunda rodada de opiniões foi enviado, para os enfermeiros participantes da primeira rodada, o questionário com as questões que não obtiveram consenso. Participaram desta rodada, 89 enfermeiros (68,5%) que efetivamente responderam o questionário, isto é, houve uma abstenção de 31,5%.

Na terceira rodada de opiniões foi enviado o questionário com as questões que não obtiveram consenso na segunda rodada, para os 89 participantes do estudo Delphi e 65 (73%) responderam as questões, assim o número de abstenções foi de 27%.

Dessa forma, houve confirmação dos índices previstos pelos autores Wright e Giovinazzo (2000) que indicam perda de 30 a 50% na primeira rodada e de 20 a 30 % na segunda rodada (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

As tabelas 1, 2 e 3 demonstram a caracterização dos respondentes do estudo da primeira rodada, segunda rodada e terceira rodada.

### Dados de Identificação:

Tabela 1 – Caracterização da amostra de enfermeiros ou pesquisadores que atuam na Classificação de Risco em serviços de urgência, participantes do painel Delphi na primeira rodada, segunda rodada e terceira rodada, segundo aspectos demográficos, Brasil, 2013.

Variáveis	1ª rodada (n = 130)	2ª rodada (n = 89)	3ª rodada (n = 65)
Sexo - n (%)			
Masculino	24 (18,5)	16 (18,0)	12 (18,5)
Feminino	106 (81,5)	73 (82,0)	53 (81,5)
Idade (anos) - média ± DP	38,0 ± 10,8	37,6 ± 10,7	36,9 ± 10,1
Faixa etária n (%)			
< 30	32 (24,6)	26 (29,2)	19 (29,2)
30 - 39	48 (36,9)	28 (31,5)	22 (33,8)
40 - 49	23 (17,7)	17 (19,1)	14 (21,5)
≥ 50	27 (20,8)	18 (20,2)	10 (15,4)
Tempo de formação (anos) - md (P25 - P75)	10 (6 - 22)	10 (6 - 22)	10 (6 - 20,5)
Categorização do tempo de formação - n(%)			
< 5 anos	26 (20,0)	18 (20,2)	13 (20,0)
5 a 9 anos	33 (25,4)	23 (25,8)	18 (27,7)
10 a 15 anos	24 (18,5)	16 (18,0)	11 (16,9)
16 a 20 anos	12 (9,2)	7 (7,9)	7 (10,8)
> 20 anos	35 (26,9)	25 (28,1)	16 (24,6)
Possuiu pós-graduação			
Sim	118 (90,8)	82 (92,1)	60 (92,3)
Não	12 (9,2)	7 (7,9)	5 (7,7)
Indique o maior grau de formação* - n (%)			
Especialização	54 (45,8)	37 (45,1)	25 (41,7)
Mestrado acadêmico	38 (32,2)	26 (31,7)	22 (36,7)
Mestrado profissional	3 (2,5)	2 (2,4)	2 (3,3)
Doutorado	18 (15,3)	15 (18,3)	10 (16,7)
Pós-doutorado	5 (4,4)	2 (2,4)	1 (1,7)
Tem experiência em Serviço de Urgência/Emergência - n (%)			
Sim	116 (89,2)	79 (88,8)	56 (86,2)
Não	14 (10,8)	10 (11,2)	9 (13,8)
Tempo de experiência em Serviço de Urgência/Emergência (anos) - md (P25 - P75)	5 (1 - 10)	5 (1 - 10)	5 (1 - 10)
Categorização do tempo de experiência em Serviço de Urgência/Emergência - n (%)			
< 1 ano	20 (15,4)	14 (15,7)	11 (16,9)
1 a 5 anos	57 (43,8)	39 (43,8)	26 (40,0)
6 a 10 anos	25 (19,2)	19 (21,3)	14 (21,5)
11 a 15 anos	15 (11,5)	6 (6,7)	5 (7,7)
> 15 anos	13 (10,0)	11 (12,4)	9 (13,8)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\* n = 118 (1ª rodada); n = 82 (2ª rodada); n = 60 (3ª rodada)

Contatou-se que a idade média dos enfermeiros na primeira rodada do estudo foi de 38 anos ( $\pm$  10,8 anos). A maioria dos enfermeiros se encontra na faixa etária de 30 a 39 anos (36,9%), seguida da faixa etária de 20 a 29 anos (24,6%). Os participantes de 20 a 49 anos, perfizeram 17, 7% e aqueles com idade superior a 50 anos totalizaram em 20,8%. Assim, mais da metade da amostra dos enfermeiros tem menos de 40 anos.

O sexo é predominantemente feminino (81,5%), sendo que o sexo masculino perfaz 18,5%.

O tempo de formação foi, em mediana, de 10 anos com intervalo interquartil de seis a 22. De acordo com a categorização, destacaram-se os enfermeiros com tempo de formação acima de 20 anos de graduado em enfermagem (26,9%), seguido por enfermeiros com tempo de formação entre cinco a nove anos (25,4%).

A maioria dos participantes da primeira rodada possuem nível de pós graduação (90, 8%) sendo que apenas 9,2% não possuem. Destaca-se que, dos 118 participantes, 54 (45,8%) possuem especialização, 41 (34,7%) possuem mestrado e 18 (15,3%) doutorado.

Dos 130 participantes da primeira rodada, 116 (89,2%) possuem experiência em serviços de urgência e 14 (10,8%) referiram não ter experiência nessa área. Quanto ao tempo de experiência em serviço de urgência/emergência (anos), a mediana foi cinco anos com intervalo interquartil de 1 a 10.

Em relação ao tempo de experiência a maior frequência foi entre os profissionais com um a cinco anos de experiência em serviços de urgência (57%).

Tabela 2 – Dados sobre a atividade profissional desenvolvida por enfermeiros ou pesquisadores que atuam na Classificação de Risco em serviços de urgência, participantes do painel Delphi, na primeira, segunda e terceira rodadas do Estudo Delphi, Brasil, 2013.

Variáveis	1ª rodada (n = 130)	2ª rodada (n = 89)	3ª rodada (n = 65)
Tipo de atividade exercida* - n (%)			
Assistência	93 (71,5)	62 (69,7)	43 (66,2)
Pesquisa	51 (39,2)	39 (43,8)	33 (50,8)
Ensino	61 (46,9)	42 (47,2)	31 (47,7)
A atividade está associada ao contexto de urgência - n (%)			
Sim	116 (89,2)	80 (89,9)	57 (87,7)
Não	14 (10,8)	9 (10,1)	8 (12,3)
Tempo de atuação em emergência (anos) - md (P25 - P75)	4 (1 – 10)	4 (1 – 10)	3 (1 – 10)
Categorização do tempo de atuação em emergência - n (%)			
≤ 1 ano	37 (28,5)	28 (31,5)	21 (32,3)
2 a 10 anos	63 (48,5)	43 (48,5)	29 (44,6)
11 a 20 anos	22 (16,9)	11 (12,4)	10 (15,4)
> 20 anos	8 (6,2)	7 (7,9)	5 (7,7)
Tempo de atuação em pesquisa/ensino (anos) - n (%)			
≤ 1 ano	77 (59,2)	50 (56,2)	37 (56,9)
2 a 10 anos	35 (26,9)	27 (30,3)	20 (30,8)
11 a 20 anos	12 (9,2)	7 (7,9)	5 (7,7)
> 20 anos	6 (4,6)	5 (5,6)	3 (4,6)
Regiões federais - n (%)			
Sul	78 (60,0)	52 (58,4)	37 (56,9)
Sudeste	30 (23,1)	21 (23,6)	16 (24,6)
Nordeste	15 (11,5)	12 (13,5)	9 (13,8)
Centro oeste	7 (5,4)	4 (4,5)	3 (4,6)
Natureza do local de trabalho* - n (%)			
Hospitalar Privada	17 (13,1)	15 (16,9)	11 (16,9)
Hospitalar filantrópica	8 (6,2)	6 (6,7)	5 (7,7)
Hospitalar pública	63 (48,5)	40 (44,9)	29 (44,6)
Instituição de ensino público	45 (34,6)	36 (40,4)	28 (43,1)
Instituição de ensino privado	21 (16,2)	14 (15,7)	10 (15,4)
Outro	25 (26,9)	21 (23,6)	14 (21,5)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\* questão de múltipla resposta

Em relação ao tipo de atividade exercida, 93 enfermeiros, sinalizaram que realizavam assistência (71,5%), 51 realizam atividades de pesquisa (39,2%) e 61 de Ensino (46,9%). Ressalva-se que esta questão era de múltipla escolha, assim os enfermeiros podem estar desenvolvendo uma ou mais atividades simultaneamente.

No entanto, 116 (89,2%) afirmaram que a atividade profissional que exercem esta associada ao contexto de urgências. A mediana de tempo de atuação em emergência foi de quatro anos, destacando-se a faixa de tempo de 2 a 10 anos em serviços de urgência e emergência como de maior frequência (48,5%).



Já em relação ao tempo de atuação na atividade de pesquisa e ensino, 77 dos respondentes da primeira rodada realizam essa atividade no período menor ou igual a um ano (59,2%).

As instituições públicas, tanto de âmbito hospitalar (48,5%) quanto de ensino (34,6%) foram as formas de vínculos empregatícios que se destacaram entre os enfermeiros.

Os estados em que os enfermeiros participantes do estudo Delphi desenvolvem atividades foram agrupados por regiões, para fins da apresentação dos resultados. Assim, na a região sul, que diz respeito aos Estados do RS, SC e PR obteve-se 78 participantes, representando 60% da amostra da primeira rodada, seguida de 22 participantes da região centro-oeste (MT) representando 16,9%, 15 enfermeiros da região sudeste (RJ, SP, MG), representando 11,5%. Da região nordeste (CE, BA) foram também 15 enfermeiros, evidenciando igualmente, 11,5%.

Tabela 3 – Dados sobre atividade de classificação de risco desenvolvida pelos enfermeiros ou pesquisadores que atuam em serviços de urgência, participantes do painel Delphi da primeira, segunda e terceira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Variáveis	1ª rodada (n = 130)	2ª rodada (n = 89)	3ª rodada (n = 65)
O serviço de urgência utiliza algum protocolo?			
Sim	110 (84,6)	77 (86,5)	56 (86,2)
Não	20 (15,4)	12 (13,5)	9 (13,8)
Que protocolo* - n (%)			
Sistema de Classificação de Risco Manchester	72 (65,5)	52 (67,5)	35 (62,5)
Protocolo do acolhimento com avaliação e classificação de risco	20 (18,2)	15 (19,5)	12 (21,4)
Protocolo Canadense	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Protocolo Institucional do seu serviço	9 (8,2)	5 (6,5)	5 (8,9)
ESI	5 (4,5)	3 (3,9)	3 (5,4)
Outro	4 (3,6)	3 (3,9)	2 (3,6)
Tempo de utilização da classificação de risco (meses)* - md (P25 - P75)	24 (8 - 48)	24 (12 - 48)	24 (11 - 48)
Categorização do tempo de utilização* - n (%)			
≤ 6 meses	26 (23,6)	16 (20,8)	12 (21,4)
7 a 12 meses	13 (11,8)	9 (11,7)	6 (10,7)
13 a 24 meses	25 (22,7)	18 (23,4)	13 (23,2)
25 a 36 meses	10 (9,1)	8 (10,4)	4 (6,2)
> 36 meses	36 (32,7)	26 (33,8)	21 (32,3)
Você já realizou a classificação de risco? - n (%)			
Sim	105 (80,8)	73 (82,0)	52 (80,0)
Não	25 (19,2)	16 (18,0)	13 (20,0)
Tempo que realiza ou realizou a classificação de risco (meses)** - md (P25 - P75)	18 (6 - 39)	18 (6 - 42)	12 (5 - 41)
Categorização do tempo que realiza ou realizou a classificação de risco** - n (%)			
1 a 6 meses	27 (25,7)	21 (28,8)	18 (34,6)
7 a 12 meses	22 (21,0)	14 (19,2)	10 (19,2)
13 a 24 meses	22 (21,0)	11 (15,1)	6 (11,5)
25 a 36 meses	8 (7,6)	8 (11,0)	5 (9,6)
> 36 meses	26 (24,8)	19 (26,0)	13 (25,0)
Recebeu capacitação para realizar a classificação de risco** - n (%)			
Sim	90 (85,7)	59 (80,8)	42 (80,8)
Não	15 (14,3)	14 (19,2)	10 (19,2)
Para qual sistema você recebeu capacitação*** - n (%)			
Sistema de Classificação de Risco Manchester	71 (78,9)	46 (78,0)	31 (73,8)
Protocolo do acolhimento com avaliação e classificação de risco	22 (24,4)	14 (23,7)	11 (26,2)
Protocolo Canadense	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Protocolo Institucional do seu serviço	9 (10,0)	7 (11,9)	5 (11,9)
ESI	5 (5,6)	3 (5,1)	3 (7,1)
Outro	1 (1,1)	1 (1,7)	1 (2,4)
Tempo de realização da capacitação informada (meses) - md (P25 - P75)	18,5 (8 - 32)	20,5 (10 - 33)	24 (9 - 34)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\* n = 110 (1ª rodada); n = 77 (2ª rodada); n = 56 (3ª rodada) ;

\*\* n = 105 (1ª rodada); n = 73 (2ª rodada); n = 52 (3ª rodada);

\*\*\*n = 90 (1ª rodada); n = 59 (2ª rodada); n = 42 (3ª rodada); questão de múltipla resposta.

Dos 130 participantes da primeira rodada, 110 (84,6%) afirmaram que o serviço de urgência em que atuam, utiliza algum tipo de protocolo. Entre esses serviços, 72(65,5%) utilizam o Sistema de Classificação de Risco Manchester; seguido de 20(18,2%) do protocolo de Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco

(AACR) do Ministério da Saúde. Outros protocolos foram citados, entre eles, o ESI e aqueles organizados pela Instituição, denominados neste estudo, como Institucionais.

A mediana do tempo de utilização foi de 24 meses, sendo que o intervalo interquartil varia de oito meses a 48 meses. Dos 110 serviços que utilizam a classificação de risco, 36 o fazem no período acima de 36 meses (32,7%). No período inferior a seis meses, 23,6% utilizam a classificação de risco.

Dos 130 participantes, 105 (80,7%) já realizaram ou realizam a classificação de risco. O tempo médio de experiência na realização da classificação foi de 18 meses, com limites entre seis meses (P25) e 39 meses (P75). Quanto ao período de tempo em que foi utilizada a classificação de risco, houve igual distribuição entre as categorias de tempo definidas.

Dos 105 participantes que realizam a classificação de risco, 90 (85,7%) recebeu capacitação para exercer esta atividade. Sendo que a maioria 71(78,9%) foi capacitada para o Sistema de Classificação de Risco Manchester e 22 enfermeiros (24,4%) foram capacitados para a utilização do Protocolo AACR do MS. A mediana do tempo de realização da capacitação foi de 18,5 meses, sendo que 25% dos enfermeiros realizaram há oito meses e 75% dos enfermeiros desenvolveram a capacitação há 32 meses.

Quando avaliadas a 2ª e 3ª rodada, a representatividade da amostra em relação às estimativas apresentadas na 1ª rodada foi mantida, o que demonstra que o interesse se manteve igual entre as rodadas da pesquisa, independentemente das características dos participantes.

## **5.2 Resultados da seção de mensuração de opinião dos participantes do estudo Delphi**

### **5.2.1 Resultados da primeira rodada de opiniões dos participantes do Estudo Delphi**

Na seção de Dinâmica da Organização do trabalho na Classificação de Risco em serviços de urgência, em apenas duas questões não foi obtido consenso acima ou igual a 70% entre as respostas dos participantes do estudo Delphi.

Tabela 4 – Opinião dos enfermeiros em relação à dinâmica da organização do trabalho na Classificação de Risco em serviço de urgência na primeira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Questões	Atualidade				Nos próximos 10 anos		
	Respondentes Atual/Futuro	Discordo totalmente/ Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo/ Concordo totalmente	Discordo totalmente/ Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo/ Concordo totalmente
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Priorização do risco de acordo com a gravidade clínica.	130	8 (6,1)	2 (1,5)	120 (92,4)	4 (3,1)	7 (5,4)	119 (91,5)
Avalia o estado clínico do paciente e determina a prioridade de atendimento.	130	12 (9,2)	7 (5,4)	111 (85,4)	11 (8,5)	3(2,3)	116 (89,2)
Ordena o fluxo de pacientes no Serviço de Urgência/Emergência.	130/129	7 (5,4)	7 (5,4)	116 (89,2)	6 (4,6)	7 (5,4)	116 (89,3)
Permite a redução de agravos e sequelas dos pacientes urgentes.	130	4 (3,1)	6 (4,6)	120 (92,3)	4 (3,0)	9 (6,9)	117 (90)
Possibilita a avaliação do paciente no tempo preconizado pelos protocolos.	129/130	41 (31,8)	28 (21,7)	60 (46,5)*	20 (15,4)	19 (14,6)	91(70)
Contribui para a diminuição do tempo de espera dos pacientes graves por atendimento.	128	16 (12,3)	11 (8,5)	101 (77,7)	11 (8,5)	11 (8,5)	108 (83,1)
Propicia a organização do trabalho do enfermeiro no serviço de Urgência/ Emergência.	130	14 (10,7)	18 (13,8)	98 (75,4)	8 (6,1)	11 (8,5)	111 (85,4)
Contribui para a organização do serviço de Urgência/ Emergência.	130	8 (6,2)	5 (3,8)	117 (92)	6 (4,6)	8 (6,2)	116 (89,2)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\* questão não obteve consenso

Nas afirmativas referentes à seção da Dinâmica da organização do trabalho na Classificação de Risco (CR) no serviço de Urgência/Emergência, na primeira rodada, 120 enfermeiros participantes do estudo Delphi (92,4%) concordaram que a finalidade da classificação de Risco é determinar a prioridade de atendimento de acordo com a gravidade clínica do paciente e 111(85,4%) enfermeiros consideraram que a classificação de risco é um instrumento que avalia o estado clínico do paciente.

Além disso, na opinião de 116 enfermeiros, a Classificação de Risco ordena o fluxo de pacientes (89,2%), sendo que 120 enfermeiros consideraram a Classificação de Risco como dispositivo técnico-assistencial que permite a redução de agravos e sequelas de pacientes graves e urgentes (92,3%) e 101 enfermeiros reconheceram que a CR diminui o tempo de espera por atendimento dos pacientes graves (77,7%), propiciando a

organização do trabalho do enfermeiro no serviço de urgência/emergência (75,4%) e contribuindo para a organização do serviço de urgência/emergência (92%).

Os participantes do estudo Delphi, concordaram em todas as questões referentes à seção da Dinâmica da organização do trabalho na Classificação de Risco no serviço de Urgência /Emergência para os próximos 10 anos.

Tabela 5 – Opinião dos enfermeiros em relação às ações do enfermeiro na avaliação e classificação de risco do paciente nos serviços de urgência, na atualidade, na primeira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Questões	Respondentes	Atualidade		
		Discordo totalmente/ Discordo n (%)	Não concordo, nem discordo n (%)	Concordo/ Concordo totalmente n (%)
O enfermeiro desenvolve a escuta das queixas e os antecedentes das condições de saúde do paciente durante a realização da Classificação de Risco.	130	17 (13)	11 (8,5)	102 (78,5)
O enfermeiro realiza a avaliação da situação clínica a partir dos sinais e sintomas do paciente na Classificação de Risco.	130	6 (4,6)	10 (7,7)	114 (87,7)
O enfermeiro realiza a Classificação de Risco do paciente no período de tempo estipulado pelo protocolo utilizado.	130	36 (27,7)	28 (21,5)	66 (50,7)*
O enfermeiro orienta o paciente sobre o significado das cores das pulseiras, as quais diferem de acordo com a gravidade das condições de saúde.	130	24 (18,5)	24 (18,5)	82 (63,1)*
O enfermeiro informa o paciente sobre o tempo de espera por atendimento.	130	21 (20)	17 (13,1)	87 (66,9)*
O enfermeiro orienta o paciente a avisá-lo caso haja alguma modificação de seus sintomas.	129	20 (15,5)	25 (19,4)	84 (65,1)*
O enfermeiro informa o paciente e familiares/acompanhantes sobre a Classificação de Risco.	130	35 (26,9)	26 (20,0)	69 (53,1)*
O enfermeiro reavalia a situação clínica dos pacientes durante o período de espera por atendimento.	130	44 (33,8)	31 (23,8)	55 (42,3)*

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\* questão não obteve consenso

Em relação à seção de mensuração de opinião quanto às ações do enfermeiro na avaliação e classificação de risco do paciente no serviço de urgência, na primeira rodada de opiniões, da amostra de 130, 102 (78,5%) concordaram que na atividade de classificação de risco, o enfermeiro desenvolve a escuta das queixas e dos antecedentes das condições de saúde do paciente. Também no segundo item, 114 enfermeiros (87,7%) do total de participantes no estudo, concordaram que o enfermeiro realiza a avaliação da

situação clínica a partir dos sinais e sintomas do paciente na Classificação de Risco. E, finalmente, a autonomia do enfermeiro para realizar a Classificação de Risco foi assinalada por 97 enfermeiros participantes do estudo (75,2%).

Tabela 6 – Opinião dos enfermeiros em relação às ações do enfermeiro na avaliação e classificação de risco do paciente em serviço de urgências, na atualidade e nos próximos 10 anos, na primeira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Questões	Respondentes Atual/ futuro	Atualidade			Nos próximos 10 anos		
		Discordo totalmente/ Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo/ concordo totalmente	Discordo totalmente/ Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo/ concordo totalmente
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
O enfermeiro permanecerá realizando a Classificação de Risco.	130	-	-	-	6(4,6)	14(10,8)	110(84,6)
O enfermeiro tem autonomia para realizar a Classificação de Risco.	129/130	16 (12,4)	16 (12,4)	97 (85,2)	8 (6,1)	13 (10,0)	109 (83,8)
O enfermeiro encaminha pacientes não urgentes para serviços de Atenção Primária e ambulatoriais.	130	43(33,1)	24(18,5)	63(48,5)*	16(12,3)	19(14,6)	95(73,1)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\*questão não obteve consenso

Os enfermeiros consideram que permanecerão realizando a classificação de risco nos próximos 10 anos (84,6%). A autonomia para o exercício da atividade foi destacada na atualidade (85,2%) e no futuro (83,8%).

Os enfermeiros deste estudo foram concordantes quanto à autonomia que possuem na realização da classificação de risco.

Tabela 7 – Opinião dos enfermeiros em relação aos conhecimentos e habilidades do enfermeiro, necessários para a realização da classificação de risco em serviços de urgência na atualidade, na primeira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Questões	Respondentes	Atualidade		
		Discordo totalmente/ Discordo n (%)	Não concordo, nem discordo n (%)	Concordo/ Concordo totalmente n (%)
O enfermeiro utiliza conhecimento clínico para realizar a Classificação de Risco a fim de avaliar o estado de saúde do paciente e definir a prioridade de atendimento.	130	10 (7,8)	6 (4,7)	113 (87,6)
O enfermeiro utiliza conhecimento do perfil epidemiológico da população atendida para a realização da Classificação de Risco do paciente.	130	33 (25,4%)	31 (23,8)	66 (50,8)*
O enfermeiro utiliza a capacidade intuitiva para avaliar e priorizar o atendimento do paciente na Classificação de Risco.	130	30 (23,1)	23 (17,7)	77 (59,3)*
O enfermeiro utiliza a habilidade de comunicação para a realização da Classificação de Risco.	130	9 (7)	12 (9,2)	109 (83,8)
O enfermeiro necessita de experiência profissional para avaliar o paciente na Classificação de Risco.	130	13 (10)	6 (4,6)	111 (85,4)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\* questão não obteve consenso

Na seção de conhecimentos e habilidades necessários para que o enfermeiro realize a classificação de risco houve concordância entre 113 participantes do estudo na primeira rodada de opiniões quanto à utilização do conhecimento clínico para a realização da atividade (87,6%).

Além disso, a utilização da habilidade de comunicação apresentou consenso de concordância entre 109 dos 130 participantes, indicando um percentual de 83,8% e a experiência profissional dos enfermeiros para realizar a classificação de risco foi apresentada como consenso entre 111 dos especialistas do estudo, indicando um percentual de 85,4%. Finalmente, a maioria dos participantes do estudo (126) considera necessária a capacitação específica sobre os protocolos classificatórios para a realização da classificação de risco pelos enfermeiros.

Tabela 8 – Opinião dos enfermeiros em relação aos conhecimentos e habilidades do enfermeiro, necessários para a realização da Classificação de Risco em serviços de urgência na atualidade e nos próximos 10 anos, na primeira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Questões	Respondentes Atual/ futuro	Atualidade			Nos próximos 10 anos		
		Discordo totalmente/ Discordo n (%)	Não concordo, nem discordo n (%)	Concordo/ concordo totalmente n (%)	Discordo totalmente/ Discordo n (%)	Não concordo, nem discordo n (%)	Concordo/ concordo totalmente n (%)
O enfermeiro administra os conflitos com os usuários durante a Classificação de Risco.	130	7 (5,3)	20 (15,4)	103 (79,3)	17 (13,1)	18 (13,8)	95 (73,1)
O enfermeiro considera as situações sociais envolvidas no problema do paciente na determinação da prioridade do risco.	130	36 (27,6)	32 (24,6)	62 (47,6)*	27 (20,8)	21 (16,2)	82 (63,1)*
O enfermeiro necessita de capacitação específica para a realização da Classificação de Risco.	130	1 (0,8)	3 (2,3)	126 (97,0)	3 (2,3)	2 (1,5)	122 (96,2)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\* não obteve consenso

Dos participantes do estudo Delphi, 103(79,3%) dos 130 enfermeiros da amostra indicou como consenso, na primeira rodada, a afirmativa de que o enfermeiro administra os conflitos que surgem com os usuários na atualidade e também são consensuais a essa premissa para o futuro (73,1%).

Da mesma forma, o consenso estabelecido foi que, tanto na atualidade como para a próxima década, a capacitação específica para que o enfermeiro realize a classificação de risco está e estará indicada.

Em uma perspectiva para o futuro (próximos 10 anos) na primeira rodada os participantes já indicaram que a classificação de risco é uma atividade que permanecerá sendo realizada pelo enfermeiro.



Tabela 9 – Opinião dos enfermeiros em relação à utilização do protocolo/escala de Classificação de Risco no serviço de urgência/emergência, na atualidade e nos próximos 10 anos, na primeira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Questões	Respondentes Atual/ futuro	Atualidade			Nos próximos 10 anos		
		Discordo totalmente/ Discordo n (%)	Não concordo, nem discordo n (%)	Concordo/ concordo totalmente n (%)	Discordo totalmente/ Discordo n (%)	Não concordo, nem discordo n (%)	Concordo/ concordo totalmente n (%)
Protocolo de Classificação de Risco adota critérios de acordo com o perfil epidemiológico da população atendida.	130	60 (54,7)*	22 (17,2)	36 (28,2)*	13 (10)	25 (19,2)	92 (70,7)
Protocolo de Classificação de Risco estabelece prioridades de atendimento com as quais os enfermeiros concordam.	130	43 (33,0)*	30 (23,1)	57 (43,9)*	6 (4,6)	27 (20,8)	97 (74,7)
Protocolo de Classificação de Risco define prioridades de atendimento que geram discordâncias entre os enfermeiros e os médicos.	130	16 (12,3)	14 (10,8)	100 (76,9)	36 (27,7)	29 (22,3)	65 (50,0)*
O protocolo de Classificação de Risco estabelece prioridade de atendimento por meio de fluxogramas adequados para fundamentar as decisões dos enfermeiros.	130	31 (23,8)	20 (15,4)	79 (60,8)*	7 (5,4)	16 (12,3)	107 (82,3)
Protocolo de Classificação de Risco é avaliado continuamente para a sua aplicabilidade na definição de prioridades de atendimento, de acordo com o risco dos pacientes.	130	59 (45,4)*	33 (25,4)	38 (29,3)*	8 (6,1)	17 (13,1)	105 (80,2)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\* questão não obteve consenso

De acordo com a tabela acima, na seção sobre a utilização do protocolo/escala de classificação de risco no serviço de urgência/emergência na primeira rodada do estudo Delphi, entre as cinco questões apresentadas na atualidade, apenas uma delas obteve consenso de concordância.

Dos 130 participantes, 100 (76,9%) concordaram que os protocolos de classificação de risco utilizados nos serviços definem prioridades de atendimento que têm gerado discordâncias entre os enfermeiros e os médicos, na atualidade. Quanto ao futuro (próximos 10 anos), os participantes não estabelecem consenso, remetendo a questão para a próxima rodada.

Além disso, os protocolos utilizados nos serviços são aqueles que foram criados por outros países e aplicados no Brasil, como o Sistema Manchester de Classificação de

Risco (MTS), que foi apontado pela maioria dos participantes deste estudo, isto é, 65,5% dos respondentes da primeira rodada.

Em relação ao futuro, os enfermeiros já estabelecem consenso de que o protocolo irá adotar critérios que contemplarão o perfil epidemiológico da população atendida (70,7%); que o protocolo de Classificação de Risco estabelecerá prioridades de atendimento com as quais os enfermeiros irão concordar (74,7%). Neste sentido, acreditam que o protocolo de Classificação de Risco estabelecerá prioridades de atendimento por meio de fluxogramas adequados para fundamentar as decisões dos enfermeiros (82,3%) e que por esse motivo, o protocolo será avaliado continuamente para assegurar a sua aplicabilidade na definição de prioridades de atendimento, de acordo com o risco dos pacientes (80,2%).

Tabela 10 – Opinião dos enfermeiros em relação à estrutura organizacional para a Classificação de Risco em serviços de urgência, na atualidade e nos próximos 10 anos, na primeira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Questões	Respondentes Atual/ futuro	Atualidade			Nos próximos 10 anos		
		Discordo totalmente/ Discordo n (%)	Não concordo, nem discordo n (%)	Concordo/ concordo totalmente n (%)	Discordo totalmente/ Discordo n (%)	Não concordo, nem discordo n (%)	Concordo/ concordo totalmente n (%)
No setor de Classificação de Risco, os equipamentos para aferição dos sinais vitais, glicemia e nível de saturação de oxigênio sanguíneo favorecem a realização da Classificação de Risco pelo enfermeiro.	128	20 (15,7)	6 (4,6)	102 (79,6)	13 (10)	25 (19,2)	92 (70,7)
O ambiente possibilita acolher o usuário para a realização da Classificação de Risco pelo enfermeiro.	128	58 (45,3)*	23 (18,0)	47 (36,7)*	14 (11)	16 (12,5)	98 (76,6)
A área física do setor de Classificação de Risco favorece a privacidade do usuário.	128	71 (55,5)*	14 (10,9)	43 (33,6)*	15 (11,7)	20 (15,6)	93 (72,7)
O dimensionamento do número de enfermeiros por turno de trabalho é suficiente para realizar a Classificação de Risco.	128	74 (57,8)*	17 (13,3)	37 (28,9)*	17 (13,3)	34 (26,6)	77 (60,2)*
São realizadas capacitações periódicas, para os enfermeiros, sobre a utilização dos Protocolos Classificatórios.	128	89 (69,6)*	15 (11,7)	24 (18,7)*	14 (11)	27 (21)	87 (68)*

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\* questão não obteve consenso

Em relação à estrutura organizacional para a realização da classificação de risco, os enfermeiros concordaram que os equipamentos favorecem a realização da classificação de risco (79,6%). No entanto, os enfermeiros participantes não concordam que, na atualidade, o ambiente acolhe o usuário (36,7%) e que a área física favorece a privacidade (33,6%) na realização da classificação de risco. Sinalizam que, apenas futuramente, a área física e o ambiente poderão possibilitar o acolhimento e privacidade do usuário (76,6 % e 72,7%, respectivamente).

Em relação ao dimensionamento de pessoal por turno de trabalho na Classificação de Risco, os enfermeiros não concordam que é suficiente na atualidade (28,9%) e também não será futuramente (60,2%).

Os enfermeiros participantes também não sinalizaram consenso quanto à realização de capacitações periódicas nos serviços para a utilização dos Protocolos classificatórios, na atualidade (18,7%).

#### 5.2.2 Resultados da segunda rodada de opiniões dos participantes do Estudo Delphi:

Na segunda rodada de opiniões, foram enviados os questionários estruturados com 23 questões que não obtiveram consenso (70%), pois 36 questões haviam obtido e, portanto não foram reenviadas.

Além disso, foram informados os percentuais alcançados em cada uma das cinco alternativas da escala Likert (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente). Nessa rodada foi retirada uma alternativa (não discordo nem concordo) com a intenção de obter o consenso de concordância ou de discordância entre os participantes.

Tabela 11 – Opinião dos enfermeiros em relação à dinâmica da organização do trabalho na Classificação de Risco em serviços de urgência, na atualidade, na segunda rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Questões	Respondentes	Atualidade	
		Discordo totalmente/ Discordo n (%)	Concordo/ Concordo totalmente n (%)
A classificação de Risco possibilita a avaliação do paciente no tempo preconizado pelos protocolos.	89	32 (36,0)*	57 (64,0)*

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\* questão não obteve consenso

Na segunda rodada de opiniões, a questão que afirma que a Classificação de risco possibilita a avaliação do paciente no tempo preconizado pelos protocolos classificatórios não obteve o consenso dos 89 participantes no estudo Delphi.

Tabela 12 – Opinião dos enfermeiros em relação às ações do enfermeiro na avaliação e classificação de risco do paciente no serviço de urgência, na atualidade, na segunda rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Questões	Respondentes	Atualidade	
		Discordo totalmente/ Discordo n (%)	Concordo/ Concordo totalmente n (%)
Enfermeiro realiza a Classificação de Risco do paciente no período de tempo estipulado pelo protocolo utilizado.	89	35 (39,3)	54 (60,7)*
Enfermeiro orienta o paciente sobre o significado das cores das pulseiras, as quais diferem de acordo com a gravidade das condições de saúde.	89	20 (22,4)	69 (77,6)
Enfermeiro informa o paciente sobre o tempo de espera por atendimento.	89	14 (15,8)	75 (84,2)
Enfermeiro orienta o paciente a avisá-lo caso haja alguma modificação de seus sintomas.	89	13 (14,6)	76 (85,4)
Enfermeiro informa o paciente e familiares/acompanhantes sobre a Classificação de Risco.	89	20 (22,4)	69 (77,6)
Enfermeiro reavalia a situação clínica dos pacientes durante período de espera por atendimento.	89	53 (59,6)	36 (40,4)*
O enfermeiro encaminha pacientes não urgentes para serviços de Atenção Primária e ambulatorios.	89	32 (35,9)	57 (64,1)*

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\* questão não obteve consenso

Em relação à seção sobre as ações do enfermeiro na avaliação e classificação de risco do paciente no serviço de urgência/emergência na atualidade, todas as questões reapresentadas obtiveram consenso, exceto a questão que abordou o tempo de realização da classificação de risco pelo enfermeiro conforme o estipulado no protocolo classificatório (60,7%).

Na segunda rodada, os participantes do estudo Delphi não concordaram quanto à afirmativa de que o enfermeiro reavalia a situação clínica dos pacientes durante o período de espera por atendimento (40,4)%. Da mesma forma, não foi obtido consenso em relação ao encaminhamento dos pacientes não-urgentes para os serviços de atenção primária e ambulatoriais (64,1%).

Nas demais questões, desta seção, foram obtidos consensos maiores ou iguais a 70% na segunda rodada de opiniões entre os participantes.

Tabela 13 – Opinião dos enfermeiros em relação aos conhecimentos e habilidades do enfermeiro, necessários para a Classificação de Risco no serviço de urgência/emergência, na atualidade e nos próximos 10 anos, na segunda rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Questões	Respondentes Atual/ futuro	Atualidade		Nos próximos 10 anos	
		Discordo totalmente/ Discordo n (%)	Concordo/ concordo totalmente n (%)	Discordo totalmente/ Discordo n (%)	Concordo/ concordo totalmente n (%)
O enfermeiro considera as situações sociais relacionadas com o problema do paciente na determinação da prioridade do risco.	89	27 (30,3)	62 (69,6)	26 (29,2)	63 (70,8)
O enfermeiro utiliza conhecimento do perfil epidemiológico da população atendida para a realização da Classificação de Risco do paciente.	89	40 (44,9)	49 (55,1)*	-	-
O enfermeiro utiliza a capacidade intuitiva para avaliar e priorizar o atendimento do paciente na Classificação de Risco.	89	18 (20,2)	71 (79,8)	-	-

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\* questão não obteve consenso

Na segunda rodada, em relação à opinião dos enfermeiros quanto aos conhecimentos e habilidades do enfermeiro necessárias para a realização da classificação de risco nos serviços de urgências, não foi obtido consenso de que o enfermeiro utiliza o

conhecimento do perfil epidemiológico da população atendida para a realização da classificação de risco, com 55,1% de concordância e 44,9% de discordância.

Em outra questão reapresentada sobre a utilização da capacidade intuitiva para avaliar e priorizar o atendimento do paciente na classificação de risco foi obtido consenso de concordância (79,85) dos enfermeiros participantes do estudo Delphi na segunda rodada de opiniões dos participantes.

A questão relativa ao enfermeiro considerar as situações sociais relacionadas com o problema do paciente na determinação da prioridade do risco obteve consenso na atualidade e no futuro, na segunda rodada de opiniões do Estudo Delphi, 69, 6% na atualidade e 70,8% nos próximos 10 anos.

Tabela 14 – Opinião dos enfermeiros em relação à utilização do protocolo/escala de Classificação de Risco no serviço de urgência, na atualidade, na segunda rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Questões	Respondentes	Atualidade	
		Discordo totalmente/ Discordo n (%)	Concordo/ Concordo totalmente n (%)
O Protocolo de Classificação de Risco adota critérios que contemplam o perfil epidemiológico da população atendida.	89	67 (75,3)	22 (24,7)
O protocolo de Classificação de Risco estabelece prioridades de atendimento com as quais os enfermeiros concordam.	89	28 (31,4)*	61(68,5)*
O protocolo de Classificação de Risco estabelece prioridade de atendimento por meio de fluxogramas adequados para fundamentar as decisões dos enfermeiros.	89	16 (17,9)	73 (82,0)
O Protocolo de Classificação de Risco é avaliado continuamente para assegurar a sua aplicabilidade na definição de prioridades de atendimento, de acordo com o risco dos pacientes.	89	61(68,5)*	28(31,4)*

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\* questão não obteve consenso

Na segunda rodada de opinião dos enfermeiros em relação à utilização do protocolo/escala de classificação de risco no serviço de urgência/emergência, houve consenso em nível de discordância (75,3%) em detrimento a 24,7% de concordância no que se refere ao protocolo de classificação de risco adotar critérios que contemplam o perfil epidemiológico da população atendida.

Em relação à afirmativa de que o protocolo estabelece prioridades de atendimento com as quais os enfermeiros concordam, não houve consenso de concordância (68,5%) nesta rodada, remetendo à rodada seguinte. Também em relação à avaliação contínua do Protocolo utilizado para assegurar a sua aplicabilidade na definição de prioridades de atendimento de acordo com o risco dos pacientes, a opinião dos enfermeiros, na segunda rodada não atingiu o nível de consenso (31,4%).

Tabela 15 – Opinião dos enfermeiros em relação à utilização do protocolo/escala de Classificação de Risco no serviço de urgência, nos próximos 10 anos, na segunda rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Questões	Respondentes	Futuro	
		Discordo totalmente/ Discordo n (%)	Concordo/ Concordo totalmente n (%)
O Protocolo de Classificação de Risco definirá prioridades de atendimento que gerarão discordâncias entre os médicos e os enfermeiros.	89	24 (26,9)	65 (73,1)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Foi estabelecido o consenso em 73,1% na segunda rodada, em relação ao futuro, que a utilização do protocolo de classificação de risco irá gerar discordâncias entre os médicos e enfermeiros.

Tabela 16 – Opinião dos enfermeiros em relação à estrutura organizacional para a Classificação de Risco no serviço de urgência, na atualidade e nos próximos 10 anos, na segunda rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Questões	Respondentes Atual/ futuro	Atualidade		Nos próximos 10 anos	
		Discordo totalmente/ Discordo	Concordo/ concordo totalmente	Discordo totalmente/ Discordo	Concordo/ concordo totalmente
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
O ambiente possibilita acolher o usuário para a realização da Classificação de Risco pelo enfermeiro.	89	64 (71,9)	25 (28,0)	-	-
A área física do setor de Classificação de Risco favorece a privacidade do usuário.	89	65 (73,0)	24 (27,0)	-	-
O dimensionamento do número de enfermeiros por turno de trabalho é suficiente para realizar a Classificação de Risco.	89	64 (72,0)	25 (28,0)	29 (32,6)	60 (67,4)*
São realizadas capacitações periódicas, para os enfermeiros, sobre a utilização dos Protocolos Classificatórios.	89	71 (79,8)	18 (20,2)	26 (29,2)	63 (70,7)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

\* questão não obteve consenso

Nesta tabela observa-se que todas as questões atingiram nível de consenso de discordância maior ou igual a 70% respectivamente na ordem em que são apresentadas.

Assim, na segunda rodada de opinião, em relação à atualidade, os enfermeiros discordaram que o ambiente da classificação de risco possibilita acolher o usuário para a realização da Classificação de Risco pelo enfermeiro (71,9%), discordaram que a área física do setor de Classificação de Risco favorece a privacidade do usuário (73%) e também discordaram que o dimensionamento de enfermeiros por turno de trabalho é suficiente para realizar essa atividade (72%).

Em relação às capacitações periódicas para os enfermeiros sobre a utilização dos protocolos de classificação de risco, 71 enfermeiros determinaram o nível de discordância de 79,8%, na atualidade e 63 enfermeiros assinalam que serão realizadas nos próximos 10 anos (70,7%).

Assim, as questões que obtiveram consenso pela discordância não foram reapresentadas na terceira rodada.

A única questão que não atingiu consenso de concordância e discordância foi em relação ao quantitativo de enfermeiros por turno de trabalho para realizar a Classificação



de Risco ser suficiente em relação aos próximos 10 anos, remetendo para a próxima rodada.

### 5.2.3 Resultados da terceira rodada de opiniões dos participantes do Estudo Delphi:

A terceira rodada de opinião foi respondida por 65 dos 89 participantes da segunda rodada, para os quais foi encaminhado, via plataforma *SurveyMonkey*, o terceiro instrumento re-estruturado.

O terceiro questionário constou de oito questões, que não obtiveram o consenso de concordância ou de discordância na 2ª rodada. Neste questionário foram apresentados os percentuais das quatro alternativas da segunda rodada (discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente).

Neste terceiro questionário houve a redução de quatro alternativas para duas alternativas (concordo- 1; discordo- 2;) com objetivo de obter o consenso nas questões.

Para a apresentação dos resultados desta rodada, reuniram-se em duas tabelas as questões que obtiveram consenso para a concordância e discordância e as que não obtiveram independente da seção a que pertenciam.

Tabela 17 – Opinião dos enfermeiros nas questões que obtiveram consenso de concordância e de discordância na terceira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Questões	Respondentes	Atualidade	
		Concordo n (%)	Discordo n (%)
A Classificação de Risco possibilita a avaliação dos pacientes no tempo preconizado pelos protocolos.	65	49 (75,4)	16 (24,6)
O enfermeiro realiza a Classificação de Risco do paciente no período de tempo estipulado pelo protocolo utilizado.	65	47 (72,3)	18 (27,7)
O enfermeiro reavalia a situação clínica dos pacientes durante período de espera por atendimento.	65	17 (26,2)	48 (73,8)
O protocolo de Classificação de Risco estabelece prioridades atendimento com as quais os enfermeiros concordam.	65	59 (90,8)	6 (9,2)
O Protocolo de Classificação de Risco é avaliado continuamente para assegurar a sua aplicabilidade na definição de prioridades de atendimento, de acordo com o risco dos pacientes.	65	14 (21,5)	51 (78,5)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Na terceira rodada de opinião do estudo Delphi, 49 dos 65 enfermeiros definiram o consenso de concordância (75,4%) que a classificação de risco possibilita a avaliação dos pacientes no tempo preconizado pelos protocolos, e 47 (72,3%) dos participantes concordaram que o enfermeiro realiza a Classificação de Risco do paciente no período de tempo estipulado pelo protocolo utilizado.

Foi estabelecido o consenso de discordância de 73,8% de que o enfermeiro reavalia o paciente durante o período de espera por atendimento. E, 59 enfermeiros dos 65(90,8%) da amostra da terceira rodada concordaram que o protocolo de classificação de risco estabelece prioridades de atendimento com as quais os enfermeiros concordam. No entanto, 51 dos 65 enfermeiros, definiram como consenso de discordância em 78,5% de que o protocolo utilizado é avaliado continuamente para assegurar a sua aplicabilidade na definição de prioridades de atendimento, de acordo com o risco dos pacientes.

Tabela 18 - Opinião dos enfermeiros nas questões que não obtiveram consenso de concordância e de discordância na terceira rodada do estudo Delphi, Brasil, 2013.

Questões	Respondentes	Atualidade	
		Concordo n (%)	Discordo n (%)
O enfermeiro encaminha pacientes não urgentes para serviços de Atenção Primária e ambulatoriais.	65	45 (69,2)	20 (30,8)
O enfermeiro utiliza conhecimento do perfil epidemiológico da população atendida para a realização da Classificação de Risco do paciente.	65	39 (60,0)	26 (40,0)
O dimensionamento do número de enfermeiros por turno de trabalho será suficiente para realizar a Classificação de Risco.	65	42 (64,6)	23 (35,4)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

As questões que não obtiveram consenso na terceira rodada serão discutidas no capítulo posterior.

## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados das três rodadas será apresentada conforme as cinco seções que constituíram o questionário, que são coerentes com os objetivos estabelecidos:

Dinâmica da organização do trabalho na Classificação de Risco em serviço de urgência;

Ações do enfermeiro na avaliação e classificação de risco do paciente em serviços de urgência;

Conhecimentos e habilidades necessários para o enfermeiro na realização da classificação de risco em serviços de urgência;

Utilização do protocolo/escala de Classificação de Risco em serviços de urgência;

Estrutura organizacional para a Classificação de Risco em serviço de urgência.

### 6.1 Discussão dos resultados da primeira rodada de opiniões do estudo Delphi

Na primeira rodada, os participantes já sinalizaram consenso de concordância na maioria das afirmativas da seção Dinâmica da organização do trabalho na Classificação de Risco no Serviço de urgência. **Os enfermeiros (92%) consideram que a Classificação de Risco prioriza o risco de acordo com a gravidade clínica,** correspondendo ao objetivo da triagem em serviços internacionais, quanto a determinar e classificar os pacientes rapidamente em ordem de urgência com base na necessidade clínica (BRABRAND et al., 2010).

Outros autores reiteram que é finalidade da triagem assegurar que o paciente receba o nível e a qualidade dos cuidados adequados à necessidade clínica (justiça clínica) e que a partir da determinação do grau de risco, os recursos do departamento de emergência sejam aplicados para esse fim (eficiência), garantindo que o paciente receba cuidados adequados às necessidades e em tempo hábil (FITZGERARD et al., 2010). Foley e Durant (2011) também referem que a triagem possibilita fornecer a classificação para atendimento de forma eficiente e rápida e maximizar o rendimento em relação às demandas dos pacientes que buscam os departamentos de emergência.

Desta forma, o sistema de Triagem pode ser entendido como um sistema formal, de gerenciamento de risco clínico, projetado para assegurar a gestão dos recursos

existentes, quando a demanda de necessidades clínicas supera a capacidade de recursos. Nesta situação há o direcionamento dos recursos aos pacientes que apresentam maiores necessidades (SOLER et al., 2010). A Triagem assegura que os pacientes que precisam de cuidados urgentes e emergentes os recebam, de forma adequada e rapidamente (MARQUES; FREITAS, 2008).

**Para a avaliação das necessidades dos pacientes que chegam ao serviço de urgência, 85,4% dos participantes concordou que a Classificação de Risco é considerada um instrumento que avalia o estado clínico do paciente.** Essa premissa corresponde ao que já está sendo previsto para o sistema de Triagem no cenário internacional (FITZGERARD et al., 2010). Autores referem que a triagem diz respeito aos métodos utilizados para avaliar a gravidade de lesão ou doença dos pacientes em um curto período de tempo após a sua chegada ao serviço, atribuir prioridades de atendimento e transferir cada paciente ao local apropriado para o tratamento (CHRIST et al., 2010).

A triagem é considerada como uma ferramenta rápida, eficaz e fácil de aplicar, com forte poder preditivo da gravidade e evolução das condições clínicas dos pacientes, assim como, a previsão da utilização dos recursos do departamento de emergência (SOLER et al., 2010; FITZGERALD et al., 2010; JIMÉNEZ, 2006). Shuetz et al. (2013) enfatizam que a triagem não é apenas importante para atribuir prioridades de tratamento, mas também, para auxiliar nas decisões sobre o local de atendimento e os cuidados pós-agudos dos pacientes graves, servindo de apoio na assistência, admissão e na alta do setor de emergência hospitalar. Com isso, as decisões tornam-se mais racionais sobre a necessidade de permanência na emergência e há o envolvimento precoce de outros profissionais durante o ingresso, permanência e alta do paciente.

Neste sentido, foi obtido consenso nas respostas, a afirmativa a qual indica **a classificação de risco como ordenadora do fluxo de pacientes nos serviços de urgência, (89,4%), considerada como dispositivo técnico-assistencial que permite a redução de agravos e seqüelas de pacientes graves e urgentes (92,3%).**

Estudos nacionais vêm demonstrando que a Classificação de Risco, fundamentada em conceitos internacionais, agiliza o fluxo de pacientes mediante a classificação da prioridade de atendimento prestada, de acordo com a necessidade da condição clínica (SHIROMA; PIRES, 2011; NASCIMENTO et al., 2010. GEHLEN; LIMA, 2012; COUTINHO, 2010).

Outros estudos também informam que, com a utilização do protocolo de classificação de risco, houve a priorização das situações de maior gravidade e a diminuição do tempo de espera para atendimento aos casos de urgência e a diminuição da mortalidade, sobretudo de vítimas de síndromes coronarianas agudas (BARBOSA et al., 2007; QUITETE; OLIVEIRA, 2008; PIZZOLATO, 2008). Souza et al. (2011) referem que o protocolo classificatório do risco é considerado ferramenta sensível para detectar, na porta de entrada dos serviços de urgência, os pacientes que precisarão de cuidados críticos.

Como consequência, o sistema de triagem pode identificar pacientes que necessitam de atendimento imediato ou reconhecer pacientes que podem esperar com segurança (MOLL, 2009). Estudo realizado em Hospital Português mostrou que o protocolo utilizado na realização da triagem foi considerado uma ferramenta muito poderosa para distinguir entre pacientes com alto e baixo risco de morte em curto prazo, bem como aqueles que vão ficar hospitalizados por, pelo menos, 24 horas, antes de ser encaminhados ou de ter alta (MARTINS; CUÑA; FREITAS, 2009).

A implantação de um modelo de Triagem ou de Classificação de Risco com tempo de espera deve ser ajustado de acordo com a condição clínica e as necessidades do paciente. Com isso, torna possível a identificação dos casos graves e a intervenção imediata da equipe de saúde, resultando em aumento da qualidade do cuidado prestado (FORSGREN; FORSMAN; CARLSTRÖM, 2008).

**Em relação ao gerenciamento do tempo de atendimento nos serviços de urgência, os participantes concordaram que a Classificação de Risco contribui para a diminuição do tempo de espera para atendimento aos pacientes graves, na atualidade (77,7%) e também nos próximos 10 anos (83,1%).** A Classificação de Risco permite o atendimento de acordo com a necessidade/gravidade do paciente, diminuindo o tempo de espera em situação de urgência e emergência (SOUZA, BASTOS, 2008).

Outros estudos nacionais enfatizam que a Classificação de Risco implantada nos diferentes serviços de urgência pretende imprimir mudanças em relação à assistência prestada. A finalidade da Classificação de Risco consiste em guiar o atendimento para uma resposta mais rápida aos usuários com agravos urgentes que necessitam de intervenção médica e de enfermagem imediata (NASCIMENTO *et. al.*, 2011).

O tempo de espera do paciente por atendimento foi estabelecido pelos diferentes modelos de sistemas de triagem (ATS, MTS, CTAS, ESI), os quais definem os níveis de

priorização do atendimento ao paciente e variam muito pouco de um modelo para outro. Desta forma, os protocolos definem como tempo de espera para atendimento no nível I ou cor vermelha, a prioridade absoluta da atenção e atendimento imediato; para a classificação do nível II (cor laranja) são consideradas situações muito urgentes de risco vital, instabilidade ou dor muito intensa, sendo que a assistência deverá ser realizada em até 15 minutos. Nos níveis III (cor amarela) e IV (cor verde) quando o paciente se encontra em condição clínica não urgente e estável, o atendimento está previsto para 60 minutos a 120 minutos; no nível V (cor azul), não existe urgência, o tempo previsto para o atendimento é de 240 minutos (SOLER et al., 2010, JIMÉNEZ, 2006).

Novos estudos vêm destacando a diminuição do tempo de atendimento e a capacidade da enfermeira para prever a admissão no departamento de emergência. Esse pode ser o primeiro passo no processo de diminuição do tempo de espera por atendimento e de permanência no serviço, com o encaminhamento imediato para uma equipe multidisciplinar (STOVER-BAKER, 2012; MARTIN, 2012).

A tendência dos estudos supracitados é de que os enfermeiros de triagem podem prever com precisão a internação. Neste sentido, quando a enfermeira da triagem prevê a admissão de um paciente, um esforço deve ser feito para agilizar o atendimento, notificando o médico para admitir o paciente e iniciar, rapidamente, os testes de diagnóstico (STOVER-BAKER, 2012).

**Para 75,4% dos participantes da primeira rodada, a classificação de risco é entendida como um dispositivo técnico-assistencial que possibilita organizar o trabalho dos enfermeiros no serviço de urgência além de contribuir para a organização do setor (89,2%).** Neste sentido, a Classificação de Risco, possibilita a priorização do atendimento, levando em conta as necessidades clínicas do paciente, no momento em que este se encontra no serviço de urgência. A partir da priorização do atendimento, organiza-se o fluxo dos pacientes. Quanto à organização do trabalho do enfermeiro, na Classificação de Risco, a ele cabe, além de identificar e priorizar o risco do paciente que possui gravidade clínica, realizar o gerenciamento da demanda que acessa aos serviços e os recursos previstos para esse fim.

O formato de atendimento que existia anteriormente era por ordem de chegada, o que não permitia identificar os pacientes com agravos mais urgentes, e atendê-los precocemente. A implantação do sistema de Classificação de Risco nos serviços de urgência realiza a gestão clínica dos pacientes que se apresentam. Assim, consiste em um dispositivo que atende à prevenção de casos agudos sem assistência ou de agravamento

de situação clínica dos pacientes. A Classificação de Risco contribui para a organização do trabalho do enfermeiro e também para a qualificação da assistência prestada.

Conforme Nascimento et al. (2011), a Classificação de Risco trouxe maior segurança e organização do trabalho, e conseqüentemente, uma maior atenção ao paciente com risco iminente de morte. Esses autores consideram que a Classificação de Risco influencia na organização geral do serviço e da equipe de saúde, pois consiste em uma atitude de mudança, que envolve a articulação do saber multiprofissional para atender as necessidades dos usuários. Souza e Bastos (2008) referem que a Classificação de Risco possibilitou a reorganização do trabalho no serviço de emergência, sendo que o enfermeiro passa a ser o sujeito do trabalho, não ficando mais à margem dos acontecimentos.

De acordo com Coutinho, Cecílio e Mota (2012), para que o enfermeiro realize a identificação das prioridades clínicas dos cidadãos que buscam atendimento, ele tem como responsabilidade organizar os recursos humanos e materiais do serviço. Os autores enfatizam que o enfermeiro realiza uma gestão clínica que envolve a organização da ordem do atendimento, levando em consideração os fatores que podem influenciar na determinação da prioridade. Entre esses fatores estão os pacientes que possuem necessidades especiais (idosos, portadores de necessidades especiais, detentos, alcoolizados ou drogados, etc.) que terão de receber uma prioridade de atendimento. Também, a superlotação, o dimensionamento do pessoal na Classificação de Risco e a recepção de muitos pacientes graves em um mesmo período são fatores que devem ser considerados no momento da classificação e definição do risco, pois em decorrência pode haver um aumento no tempo de espera e o descontentamento dos usuários.

Outros estudos remetem à avaliação e análise do Acolhimento com Classificação de Risco enquanto promotor da organização dos serviços de urgência e de mudanças nas práticas de saúde nos modelos de atenção e gestão no sistema de saúde (VITURI et al., 2013). Os autores referem que são necessários estudos que possam avaliar o quanto o Acolhimento com Classificação de Risco tem implicado nas mudanças propostas no sistema de saúde.

A Classificação de Risco orienta a avaliação dos pacientes e a priorização de atendimento, destacando-se a intervenção imediata àqueles com necessidades urgentes e emergentes. Concomitantemente, o enfermeiro da Classificação de Risco faz a gestão dos pacientes com situações não urgentes que aguardam pelo atendimento, realizando ações específicas para garantir a segurança dos pacientes. **Nessa direção, 85,4% dos**

**participantes concordaram que a Classificação de Risco irá propiciar a organização do trabalho dos enfermeiros no serviço de urgência nos próximos 10 anos.** Essa constatação também é sinalizada pela existência de inúmeras publicações internacionais que propõem melhorias na organização do trabalho do enfermeiro na Triage nos serviços de urgência (HOWARD, 2011; MARTIN, 2012; HOWARS, 2013; SULFARO; FOLEY; HOWARD, 2013).

A Classificação de Risco ou Triage permanece sendo investigada no cenário internacional. Em muitos departamentos de emergência de diversos países, a Triage tem evoluído ao longo do tempo, para uma proposta de que o processo de triagem seja realizado continuamente em todos os momentos do atendimento. A finalidade é evitar que a Triage se transforme em um gargalo no fluxo do paciente no serviço, resultando em um aumento do tempo de espera por atendimento (HOWARD, 2011).

Alguns autores indicam que a Triage possui a posição de organizadora nos serviços de emergência, no entanto, deverá ocorrer uma mudança que pode ajudar os educadores e líderes de enfermagem a conduzir transformações nas mentalidades dos profissionais da enfermagem, que estão mergulhados em padrões de prática por décadas seguidas (SULFARO; FOLEY; HOWARD, 2013).

Assim, a triagem passa a ter o entendimento de um local para um processo, no qual uma enfermeira “pivot”, logo no ingresso dos pacientes, faz a avaliação por um rápido processo de segmentação chamado "streaming" que corresponde à identificação do risco do paciente para inseri-lo rapidamente no fluxo dos pacientes no departamento de emergência de acordo com o nível de assistência indicado. Os autores referem que os departamentos de emergência estão passando por mudanças necessárias, como a implementação de projetos de fluxo de pacientes, sendo o momento perfeito para parar de usar as palavras “sala de espera”, que imprime uma expectativa de espera e leito, pois nem todo paciente tem necessidade de um (SULFARO; FOLEY; HOWARD, 2013; HITCHCOCK et al., 2013; WOLF, 2013).

**No que tange às ações do enfermeiro desenvolvidas para a avaliação e classificação de risco do paciente no serviço de urgência, os enfermeiros foram concordantes quanto ao desenvolvimento da escuta das queixas e dos antecedentes das condições de saúde do paciente durante a realização da Classificação de Risco (78,5%).** Para o enfermeiro, assim como para as pessoas de forma geral, o ato de escutar não é uma tarefa fácil, pois precisa ter disponibilidade para essa ação, que por sua vez,



invoca a reflexão sobre a forma de pensar e de suspender nossas idéias pré-definidas (CAMILLO; MAIORINNO, 2012).

De acordo com estudos nacionais, na Classificação de Risco procede-se uma entrevista com o paciente buscando conhecer o motivo que o levou ao serviço de emergência, utilizando para isso a escuta qualificada e o julgamento clínico para tomar uma decisão (SOUZA; BASTOS, 2008; NASCIMENTO et al., 2011). Assim, na Classificação de Risco, este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e vulnerabilidade e acolher também a avaliação do próprio paciente (NASCIMENTO et al., 2011).

A escuta realizada pelos enfermeiros na atividade da classificação do risco é dirigida à queixa imediata, em função do reduzido período de tempo disponível para realizar a priorização do atendimento dos pacientes. Outra razão da escuta ser concentrada na queixa do paciente decorre do fato de que o ambiente da Classificação de Risco abrange situações de extrema gravidade, que exigem intervenção imediata, concomitantemente com situações clínicas não urgentes, para as quais os pacientes poderão aguardar por atendimento (ZANELATO; DAL PAI, 2010).

Estudos internacionais vêm indicando que a triagem é uma forma única de encontro do enfermeiro com o paciente, na busca de resposta rápida, avaliação e categorização de nível de risco (MONTEJANO; VISSER, 2010). A triagem é considerada como um espaço em que enfermeiras podem agir decidindo a classificação clínica dos pacientes por meio da escuta de suas informações e dados e, também, da avaliação da forma que os pacientes externam seus problemas e narram suas histórias. A descrição dos problemas pelos pacientes e familiares é usada por enfermeiros da Triagem para determinar a credibilidade da informação clínica apresentada (EDWARDS, SINES; 2008).

Expressa, desta forma, atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas, as quais consistem nos objetivos que são apresentados pelo Ministério da Saúde para o Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco na Rede de Atenção às Urgências no Brasil. A escuta qualificada pelos profissionais é apresentada pelo Ministério da Saúde (MS), inserida no acolhimento dos pacientes com a intenção de dar respostas às necessidades de saúde trazidas por eles (BRASIL, 2009).

A Classificação de Risco está associada ao Acolhimento, os quais consistem em diretrizes da política de humanização do MS, sendo seu principal objetivo, além de outros aspectos, a possibilidade de escuta qualificada de seus atores, ou seja, os profissionais de

saúde e os pacientes. Desta forma, o Acolhimento com Classificação de Risco prevê a escuta qualificada como ferramenta gerencial utilizada pelos profissionais de saúde (RAIMUNDO; CATETE, 2012).

**Além da escuta qualificada, os participantes consideraram que o enfermeiro realiza a avaliação da situação clínica a partir dos sinais e sintomas do paciente na Classificação de Risco (87,7%).** Na avaliação do risco da situação clínica do paciente, a ação do enfermeiro consiste em um raciocínio lógico resultante da interação com o paciente, da escuta qualificada, somado à avaliação dos sinais e sintomas apresentados.

O enfermeiro é o profissional responsável pela avaliação, identificação e intervenção de enfermagem nos indivíduos, pautadas por conhecimentos científicos próprios (DANSKI et al., 2011). A avaliação constitui um desafio e responsabilidade de enfermeiros na Triagem porque nos departamentos de emergências, encontram-se pacientes em situação clínica desconhecida e/ou com potencialidade de desenvolvimento de agravos (GÖRANSSON et al., 2006). Desta forma, existe um elevado grau de incerteza para a determinação da acuidade, que dificulta o processo de avaliação (TIPPINS 2005; WOLF, 2010a; WOLF, 2010b).

Assim, a atividade do enfermeiro na triagem é complexa, não consistindo apenas no resultado de uma avaliação para a determinação do risco baseada em protocolos profissionais. Em função da complexidade desta atividade, os enfermeiros desenvolvem estratégias de tomada de decisão na triagem (CASTNER, 2011).

Uma das estratégias dos enfermeiros da Classificação de Risco é avaliar os sinais clínicos dos pacientes que se apresentam ao departamento de emergência, não como manifestações neutras da própria patologia, mas em relação ao desconforto físico gerado que o levou a buscar o serviço (EDWARDS; SINES, 2008).

A identificação dos parâmetros vitais também deve ser considerada como base para a tomada de decisão na prática do enfermeiro e da enfermagem em detrimento à inadequada avaliação ou à possibilidade de agravo da condição física dos pacientes definidos como não urgentes (DAY; OLDROYD, 2010; ODELL et al., 2009). A aferição dos sinais vitais é necessária para a identificação dos pacientes de alto risco ou de baixo risco ou com possibilidade de agravamento da condição clínica e de deterioração durante a sua permanência no departamento de urgência (WIDGREN; JOURAK, 2011).

Estudo de Vatnoy et al. (2013) sobre a avaliação da tomada de decisão antes e após a implementação de um protocolo de triagem em departamento de emergência norueguês, concluiu que um sistema de Triagem padronizada, incluindo parâmetros vitais

e padronização de algoritmos de sinais e sintomas, eleva a acuidade da determinação do risco na tomada de decisão na Triagem pelos enfermeiros.

Gehlem (2012) em estudo sobre o processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de pronto atendimento do sul do Brasil apresentou em seus achados que 66% dos enfermeiros entrevistados concordavam que a classificação de risco é considerada como uma das atividades assistenciais mais frequentemente desenvolvidas pelos enfermeiros. O processo de classificação de risco é uma das atividades assistenciais, em que ocorre a avaliação da situação clínica do paciente.

Para a avaliação da dor, o protocolo do Sistema Manchester de Classificação de Risco tem um capítulo destinado a esse fim, sendo reconhecida como parte do processo de triagem. A dor é considerada como quinto sinal vital, assim deve ser reconhecida na avaliação do paciente e priorização do nível de atendimento. O protocolo de Manchester utiliza a escala visual analógica, definida como régua da dor como instrumento para a avaliação da dor do paciente. A régua da dor permite que se avalie o nível de dor do paciente de zero a dez, sendo oito a dez (dor severa) de cinco a sete, dor moderada e dor ligeira de um a quatro. Outros fatores também devem ser considerados como a idade, a experiência prévia da dor, a cultura, a interrupção das atividades normais do doente.

Mocerri e Drevdal (2014) em estudo que investigou conhecimentos e atitudes acerca da avaliação da dor em pacientes nos departamentos de emergência, concluíram que o nível de educação pode afetar conhecimentos especializados relacionados ao uso de opióides. Assim, referem que educação em serviço sobre a dor e seu controle parece justificada na área de enfermagem no departamento de emergência. Wolf (2010b) detectou a necessidade da avaliação da dor dos pacientes avaliados, dentre os achados de seu estudo sobre o nível de acuidade das decisões da triagem nos serviços de emergência.

**Na realização da Classificação de Risco, 75,2% dos participantes da primeira rodada, foram concordantes que o enfermeiro tem autonomia no exercício dessa atividade.** O conceito de autonomia está relacionado à tomada de consciência com a implícita noção de que a pessoa tem de decidir sobre suas ações. A questão da autonomia para os enfermeiros diz respeito ao exercício de sua prática, a qual tem evoluído ao longo do tempo. Exercitar a autonomia tem sido considerado complexo pelas influências que o enfermeiro sofre em decorrência da estrutura social em que seu trabalho se desenvolve (KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011).

Nesse sentido, os enfermeiros referem que possuem autonomia e domínio para determinar o nível de urgência de um paciente para ingresso no serviço de emergência.

Os enfermeiros do estudo de Forsgren; Forsman e Carlström (2009) referiram um sentimento de liberdade e de autonomia na tomada de iniciativa de suas próprias decisões dentro de sua função de triagem.

As enfermeiras entrevistadas no estudo de Traynor, Boland e Buus (2010) evidenciaram autonomia na tomada de decisão, utilizando a experiência de eventos do cotidiano e de estruturas institucionais. A organização do trabalho pode, segundo elas, subverter a autonomia dos profissionais nos processos de tomada de decisão. No entanto, referem que a principal ameaça à autonomia profissional do enfermeiro está relacionada às cargas de trabalho pesadas e outras contingências de trabalho diário.

Em relação à autonomia dos profissionais que participam dos serviços de saúde, Marques e Lima (2008) destacam que os médicos possuem autonomia e autoridade no exercício do seu trabalho, o que limita a autonomia dos demais trabalhadores em saúde. Assim, a atuação dos demais profissionais fica restrita à decisão médica. No caso do enfermeiro que realiza a atividade de classificação de risco sua autonomia fica circunscrita à finalidade dos serviços de atenção às urgências: o diagnóstico e tratamento do indivíduo.

A tomada de decisão dos enfermeiros na Classificação de Risco, mesmo utilizando protocolos validados em sinais e sintomas apresentados no momento da realização da atividade, irá objetivar o tratamento clínico, determinado pelo profissional médico. No entanto, o estabelecimento da autonomia profissional também é resultado do conhecimento que se possui a respeito de algo/alguma coisa, pois um novo saber abre possibilidades de relações de poder entre as diferentes categorias da equipe de saúde, e como consequência determina a autonomia em relação ao conhecimento adquirido (COUTINHO, 2010).

Portanto, na atualidade, é o profissional enfermeiro que possui o conhecimento a respeito dos protocolos classificatórios, e que, portanto tem autonomia quanto à aplicação dos mesmos na Classificação de Risco. Assim, o enfermeiro passa a ter autonomia para conduzir a atividade de classificação de risco.

**Na opinião dos participantes do presente estudo o enfermeiro utiliza o conhecimento clínico para realizar a Classificação de Risco a fim de avaliar o estado de saúde do paciente e definir a prioridade de atendimento (87,6%).**

Estudos internacionais vêm destacando o conhecimento profissional como fator importante na priorização realizada pela enfermeira, diante de uma história clínica narrada em pouco tempo pelo paciente (ANDERSSON; OMBERG; SVEDLUND, 2006;

CASTNER; FOLEY, 2011; WOLF, 2010a). Também informam que os protocolos sozinhos não conseguem estabelecer o nível de prioridade, pois os dados recolhidos pelo enfermeiro durante a realização da triagem são, muitas vezes, uma combinação de informações clínicas e do julgamento deste profissional (CASTNER; FOLEY, 2011).

De acordo com revisão teórica realizada por Considine, Botti e Thomas (2007) o conhecimento é comumente citado como uma grande influência na tomada de decisão clínica, no entanto, o uso da palavra "conhecimento" muitas vezes não tem uma definição clara. De acordo com os autores, a ambigüidade em torno da utilização da palavra 'conhecimento' é agravada pela suposição de que o conhecimento processual e conceitual são conseqüências automáticas de conhecimento factual. O conhecimento factual é o conhecimento de um conjunto de fatos. O conhecimento processual é o conhecimento relacionado ao desempenho de atividades ou associada à ação, por exemplo, regras de decisão e guias clínicos. O conhecimento conceitual é a assimilação de novas informações com conhecimento prévio e resulta em um nível mais profundo de compreensão.

Para esses autores, o conhecimento em enfermagem é adquirido através de estudos formais e decorrente de um conjunto de experiências em um domínio específico de práticas de enfermagem. Os autores assinalam que, embora o conhecimento factual e conhecimentos adquiridos com a experiência sejam indissociáveis, o conhecimento factual parece desempenhar um papel importante nas decisões de triagem (CONSIDINE; BOTTI; THOMAS, 2007).

Cerullo e Cruz (2010) em revisão sobre o raciocínio clínico na enfermagem, informam que o raciocínio clínico é um processo interacional, contextualizado na prática do cuidado. Referem que o raciocínio clínico desenvolve-se a partir dos conhecimentos profissionais e na atenção aos ambientes interno e externo, gerando envolvimento e a tomada de decisão do enfermeiro sobre o cuidado do paciente. A enfermeira busca informações relevantes sobre a pessoa que necessita de cuidados, à medida que tem a sua atenção atraída para determinadas questões, sendo esse, um processo contínuo.

Lake, Moss e Duke (2009), em revisão integrativa sobre a priorização do cuidado do paciente, referem que a priorização da necessidade dos pacientes para o cuidado é a chave para enfermeiros na prática diária para definir o que e quem tratar primeiro, entre muitos requisitos e opções potencialmente concorrentes. Assim, na Triagem, os enfermeiros, solicitam informações clinicamente específicas para priorizar a necessidade para atendimento. Neste sentido, os enfermeiros que realizam a Classificação de Risco

fazem uso do saber clínico e outros conhecimentos para identificar e avaliar as necessidades do paciente.

**Além do conhecimento clínico, os enfermeiros da primeira rodada, concordaram quanto à necessidade da experiência profissional do enfermeiro para avaliar o paciente na Classificação de Risco (85,4%).**

Essa temática tem gerado discussões sobre a importância da experiência do enfermeiro na Triage/Classificação de Risco. Considine, Botti e Thomas (2007) consideram a experiência como a passagem do tempo, em termos de anos de experiência em enfermagem, de enfermagem de emergência e de triagem. Forsman, Forsgren e Carlström (2012) indicam que a enfermeira experiente é considerada aquela que adquiriu habilidade para a avaliação e reconhecimento de sintomas das doenças e que sua experiência contribui para maior segurança do paciente.

Para Forsman, Forsgren e Carlström, (2012) a realização da triagem requer que os enfermeiros tenham experiência para adquirir tais habilidades. Reforçam que os protocolos devem ser utilizados como uma ferramenta, pois sempre serão restringidos por um número limitado de palavras-chave e taxonomias. Podem ser usados para ajudar a identificar e dar prioridade de apoio na decisão, mas parece pouco provável que possam substituir as habilidades que um experiente enfermeiro desenvolve ao longo de muitos anos na profissão. Da mesma forma, estudo de Hitchcock et al. (2013) indicou que a experiência é considerada um imperativo para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades necessários pelos enfermeiros para o atendimento na triagem.

No entanto, Forsman, Forsgren e Carlström (2012) lembram que enfermeiros experientes podem atribuir muito rapidamente uma classificação e com isso, confiar muito em sua experiência e não proceder às verificações suplementares que confirmem a avaliação e priorização do risco do paciente. Já Considine, Botti e Thomas (2007), em estudo sobre o conhecimento e a experiência dos enfermeiros na triagem, destacam que não foi confirmada a existência de relação de anos de experiência com a acurácia das decisões da triagem.

Outros autores vêm apresentando que a experiência é o elemento chave para a tomada de decisão do enfermeiro nas práticas clínicas, as quais estão ancoradas no tecnicismo ou nas práticas baseadas em evidências e no indeterminismo (intuição, instinto) do enfermeiro ao realizar a decisão (TRAYNOR; BOLAND; BUUS, 2010). Também na Classificação de risco a experiência vem sendo tratada como fator que contribui para a acurácia das decisões do enfermeiro (CHEN et al., 2010).

Para a captação da experiência na realização da triagem, Wolf (2010a) vem demonstrando que o treinamento ou capacitação por meio da apresentação de cenários reais permitem que os enfermeiros novos, sem tempo de experiência na Triagem, aprimorem sua prática.

**Igualmente, no presente estudo, 97% dos participantes consideram que o enfermeiro necessita de capacitação específica para realizar a classificação de risco, na atualidade, e 96,2% e que também haverá essa necessidade nos próximos 10 anos.**

Nos diversos países em que são aplicados Sistemas Classificatórios ou de Triagem Estruturada em serviços de urgências é realizado treinamento com este fim específico, pois a educação para Triagem é o fator mais importante para a tomada de decisão, a classificação e a priorização do atendimento (CHEN et al., 2010).

Desta forma, a capacitação aos enfermeiros para a realização da Triagem vem sendo desenvolvida em diferentes serviços de urgência e diferentes protocolos. Na Austrália, Innes, Plummer e Considine (2011) ressaltam que a acurácia na determinação das decisões do enfermeiro na triagem foi maior após a implantação do Programa de Educação para a Triagem, o qual está definido nas recomendações da Associação Australiana de Enfermagem (AAEN).

Considine, Botti e Thomas (2007), em revisão sobre o conhecimento previsto para o enfermeiro de triagem, ressaltam que os programas de educação para a triagem devem ocorrer sistematicamente para atingir a finalidade de propiciar a aquisição de conhecimento aos enfermeiros para melhorar as suas decisões. De acordo com o estudo, a incorporação de conhecimento sobre triagem é desenvolvida entre os enfermeiros, quando há uma continuidade dos treinamentos. Portanto, são necessárias capacitações contínuas sobre a classificação de risco para manter a qualidade do atendimento prestado pelo enfermeiro nesta atividade.

Também estudo de McBrien (2008) indica a necessidade de formação para a Triagem, assim como a avaliação das práticas da triagem pelos profissionais, paciente e gestores sobre a qualidade da Triagem desenvolvida. De acordo com os autores, os enfermeiros sentem a necessidade de educação continuada acerca de triagem. Isso indica que a educação existente para a enfermeira de triagem pode ser inadequada e pode não fomentar nos enfermeiros as habilidades necessárias para executar a triagem corretamente.

Pode-se evidenciar que as decisões clínicas dos enfermeiros na Classificação de Risco influenciam o tempo de espera por atendimento. Desta forma, se uma categoria de prioridade de atendimento selecionada é diferente daquela que o paciente realmente necessita, a intervenção médica pode ser afetada e o tempo de espera do paciente pode ser maior que o previsto. Nesse sentido, as capacitações específicas são necessárias para a qualificação do enfermeiro e, portanto, é fator envolvido na acurácia do nível de risco atribuído pelo enfermeiro ao paciente.

Em relação ao futuro, a capacitação para a Classificação de Risco deverá ser parte integrante da formação do enfermeiro, durante a graduação. **Para realizar a identificação das necessidades dos pacientes no processo de Classificação de Risco, os participantes foram consensuais em afirmar que o enfermeiro utiliza a habilidade de comunicação (83,8%).** A comunicação refere-se à capacidade de expressar o que se sente, pensa ou precisa aliado ao fato de se ter um receptor, aberto à escuta. A comunicação é o processo de transmissão de mensagens e interpretação do seu significado (CAMPOS; GRAVETO, 2009). A habilidade da comunicação está intrinsecamente ligada à escuta qualificada do profissional de saúde, que são fatores que facilitam a compreensão das necessidades do paciente.

Em estudo de Souza, Silva e Nori (2007) em unidade de emergência, foi constatado que o funcionário é considerado o único responsável pela comunicação. A comunicação se resume, predominantemente, no ato de informar ao paciente o procedimento que será executado e/ou sua condição de saúde. Os autores comentam que a comunicação bem estabelecida no serviço de urgência, envolvendo ambas as partes, profissional e paciente, pode amenizar a falta de tempo que o profissional experimenta no cotidiano destes locais.

Na Classificação de Risco muitos estudos vêm enfatizando a habilidade da comunicação do enfermeiro como imprescindível para a realização da atividade (FRY, 2011; ZEN; MONTEZELLI; PERES, 2012). Falhas ou dificuldades no processo de comunicação com o paciente podem comprometer a atividade do enfermeiro na determinação da prioridade de atendimento.

Hitchcock et al. (2013), em estudo sobre os problemas/ vulnerabilidades da Triagem, destacaram a comunicação, colaboração e trabalho em equipe como fundamentais para a realização do processo de triagem. Descrevem que, em muitos casos, há uma necessidade para a tomada de decisão rápida com informação limitada, que exige uma comunicação eficaz e coordenação dos enfermeiros e equipe de saúde para iniciar



tratamento seguro, eficiente e atendimento de qualidade. Diante do caos, que por vezes se instala, nos serviços de urgência, a comunicação deve ser seja clara, concisa e consistente para que o atendimento de triagem seja eficiente, ou seja, não haja risco de avaliações e prioridades inadequadas.

**Outra habilidade necessária para o enfermeiro classificar o risco dos pacientes no serviço de urgência, é a administração dos conflitos com os pacientes durante a realização desta atividade. No presente estudo, os participantes concordaram que o enfermeiro administra os conflitos com os usuários na Classificação de Risco (79,3%).**

No cotidiano de trabalho, os enfermeiros são os mediadores da equipe de saúde/enfermagem diante de situações conflituosas e buscam estratégias para lidar com essas situações (SPAGNOL et al., 2010). Mediar os conflitos com os pacientes, geralmente, é responsabilidade dos enfermeiros, nos diferentes cenários em que atuam.

Na classificação de risco, também ocorrem conflitos com os usuários. Na maioria das vezes, os conflitos se estabelecem entre usuários e profissionais, em função do descontentamento dos pacientes quando este não concorda com a priorização de atendimento determinada pela classificação do risco realizada pelos enfermeiros. O comportamento dos usuários, muitas vezes, é um meio de externar suas angústias quanto à situação de vulnerabilidade e medo de ficar sem atendimento (ZANELATO; DAL PAI, 2010).

Estudos internacionais recentes mostram que a Triagem é a primeira porta de entrada para o acesso e avaliação do paciente ao atendimento, assim, eles têm a oportunidade de expor a frustração e agressão com a pessoa que encontram, no caso, o enfermeiro. A Triagem foi identificada, pelos participantes, como a primeira área de atos violentos e agressivos para o pessoal do departamento de emergência (ANGLAND; DOWLING; CASEY, 2013; LAU; MAGAREY; WIECHULA, 2012).

Assim, muitos dos conflitos com os usuários podem se agravar, gerando casos de violência ou agressão aos enfermeiros que atuam na Classificação de Risco. Esses conflitos estão relacionados à dinâmica da organização do trabalho na Classificação de Risco e à estrutura que a organização oferece para o desenvolvimento dessa atividade.

**Em relação a conflitos, os participantes também afirmaram que o protocolo de Classificação de Risco define prioridades de atendimento que geram discordâncias entre os enfermeiros e os médicos (76,9%).**

Na atuação na Classificação de Risco ocorrem discordâncias entre o enfermeiro e a equipe médica, relativas à determinação de prioridades de atendimento ou inserção dos pacientes em salas de atendimento imediato. A questão da priorização do risco, sendo definida pelo enfermeiro, afeta a soberania da autonomia do trabalho do médico, o que muitas vezes gera discordâncias e até conflitos entre os profissionais da equipe de trabalho.

Estudo brasileiro sobre a Classificação de Risco de Manchester em hospital de Minas Gerais evidenciou antigas tensões entre os saberes técnicos dos profissionais médicos e das enfermeiras, e a resistência dos médicos em aceitar o novo papel do enfermeiro que realiza a classificação de risco na organização dos serviços de urgência e na produção do cuidado (COUTINHO, 2010). Outros conflitos também ocorrem entre os membros da equipe assistencial decorrentes do excesso de demanda e de outros fatores que ocasionam a superlotação do serviço (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Os serviços de urgência estão inseridos na estrutura hospitalar, na qual o processo de inter-relações é produzido por uma complexidade de agentes que negociam a partir de diferentes lugares de poder, de especialização e de identidade organizacional (VEWNDEMIATTI et al., 2010). Essa disputa por espaço profissional, pelo poder, tem colocado a medicina e a enfermagem em constante conflito e o cliente deixa de ser o foco principal nessa relação de poder.

Na atuação da enfermagem, o poder e o saber se entrelaçam, e esta característica determina que a enfermagem seja vista como ponto de apoio na instituição hospitalar (CHAVES; ALVES, 2012). Em estudo de Spagnol et al. (2010) as enfermeiras dos setores referiram que há conflitos entre a equipe de enfermagem e os médicos, além daqueles relacionados às condições de trabalho oferecidas pela organização.

Vewndemiatti et al. (2010) corroboram esses achados sobre conflitos em instituição hospitalar, gerados a partir da discordância entre os dois núcleos profissionais. Exemplificam com a situação de que, quando a enfermeira presencia algum médico tomando uma atitude fora da rotina, informa instâncias superiores, como a diretoria clínica e a administração, o que provoca o acirramento dos conflitos entre as duas categorias. Também no cenário internacional alguns estudos apresentam os conflitos resultantes do trabalho do enfermeiro, entre as diferentes categorias profissionais que atuam nos serviços de urgência (FRY; BURR, 2002; FORSGREN; FORSMAN; CARLSTRÖM, 2009). A possibilidade de desenvolver uma capacitação conjunta entre as

equipes de médicos e de enfermeiros poderia se constituir em estratégia para sanar tais conflitos entre as categorias.

**Em relação à estrutura organizacional para a classificação de risco no serviço de urgência, foi obtido consenso em relação ao fato de que a presença de equipamentos para aferição dos sinais vitais, glicemia e nível de saturação de oxigênio sanguíneo são elementos que favorecem a realização da Classificação de Risco pelo enfermeiro (79,6%).**

Os estudos recentes realizados no cenário nacional têm demonstrado, entre as fragilidades do Acolhimento com Classificação de Risco, a falta de infraestrutura e o desconhecimento da população sobre o protocolo de classificação de risco (NASCIMENTO et al., 2011). Maciak, Sandri e Spier (2009) em estudo sobre serviço de urgência no Paraná, identificaram que a estrutura física caracterizada por espaços limitados e inadequados, aliada à demanda elevada, compromete o atendimento aos usuários interferindo na organização do atendimento de enfermagem.

Nascimento et al. (2011) referem que após a avaliação do usuário, a prioridade de atendimento é expressa por meio de uma cor e o paciente é encaminhado para a área da cor correspondente a sua situação de saúde. A área azul é o local dos consultórios e da Classificação de Risco; a área verde é onde ficam os pacientes em observação ou aguardando leito de internação; a área laranja é destinada à assistência aos pacientes em quadro crítico e a área vermelha fica uma sala com leitos, equipada para o atendimento às situações de urgência e emergência. No entanto, os autores referem que a estrutura do serviço para realizar o acolhimento ainda não é a ideal, pois não há a integração entre os diferentes setores da instituição para a resolutividade da necessidade de saúde do paciente no menor tempo possível.

O Acolhimento somado à Avaliação e Classificação de Risco (AACR) foi preconizado em 2004, pelo MS da Saúde, mas a questão de sua implantação vem sendo gradativa, sempre com um afastamento temporal em relação à realidade. Grossman, Araújo-Jorge e Araújo (2008) referem que os ambientes físicos destinados à saúde geralmente não são reconhecidos como saudáveis, em função do distanciamento das políticas públicas de saúde e da realidade existente nestes ambientes que são cotidianamente enfrentadas pelos trabalhadores e pacientes.

Lovato et al. (2013) em estudo sobre a humanização do departamento de emergência italiano a partir de mudanças estruturais e organizacionais, descrevem que foram criadas sala de Triagem para a enfermeira; melhorias da sala de espera, espaços e

instalações e criação de uma sala de espera especificamente para pacientes pediátricos. Houve associação significativa entre a adequação do ambiente e intervenções, focadas na estrutura e organização, e obteve eficácia mensurável na humanização do departamento de emergência.

Outros estudos específicos sobre a Triage referem que o ambiente de cuidado é um fator significativo, e a consideração com o ambiente pode ser útil para melhorar cuidados de enfermagem nesta área (Wolf, 2010b). Em estudo internacional sobre a opinião dos pacientes em seu encontro na triagem, eles perceberam o ambiente de triagem de diferentes maneiras. Houve pacientes que perceberam a sala de Triage com a decoração de muito bom gosto, enquanto outros consideraram o local sombrio.

O objetivo da formação de um ambiente de cuidados de saúde no departamento de emergência (DE) deve ser o de criar uma atmosfera positiva, calmante e de suporte. O ambiente acolhedor, com mobiliário confortável, significa muito para os pacientes no seu primeiro encontro e atendimento ao DE. A melhor logística no processo da triagem é muito importante, a fim de minimizar o tempo de espera e fazer o tempo de espera aceitável para os pacientes, diminuindo as preocupações que surgem por causa de estar doente em um ambiente desconhecido (MÖLLER; FRIDLUND; GÖRANSSON; 2010)

Os demais itens não obtiveram consenso em relação à atualidade, os participantes sinalizam que futuramente (próximos 10 anos) a área física e o ambiente poderão possibilitar o acolhimento e privacidade do usuário (76,6 % e 72,7% respectivamente).

## 6.2 Discussão da segunda rodada de opiniões do estudo Delphi

Na segunda rodada de opiniões foram reapresentadas 23 questões que não obtiveram consenso na rodada anterior. Serão discutidas conforme as seções do instrumento.

Quanto às ações desenvolvidas pelos enfermeiros na Classificação de Risco, foi obtido consenso, entre os participantes, nas afirmativas referentes às informações e orientações prestadas ao paciente. Assim, **os enfermeiros concordaram que fornecem explicações sobre o significado das cores das pulseiras (77,6%). Ainda, de que é prestada a informação para o paciente sobre o tempo de espera por atendimento**

**(84,2%) e a prestação de informações aos familiares e acompanhantes sobre a Classificação de Risco (77,6%).**

O consenso dos participantes confirma que, na Classificação de Risco, o enfermeiro prioriza o atendimento de acordo com o nível de risco e comunica ao paciente e familiares/acompanhantes, orientando-os quanto ao funcionamento e o tempo provável de espera pelo atendimento médico, ou mesmo orientando-o a respeito do encaminhamento posterior a esse atendimento. Danski et al. (2011) indicam que os enfermeiros que atuam em serviços de urgência realizam orientações à equipe, pacientes e familiares, durante o seu processo de trabalho.

Na Triage ou Classificação de Risco, o enfermeiro é o profissional responsável pela avaliação do paciente, sendo que a partir das informações recolhidas se estabelecem as intervenções e orientações de enfermagem (JIMÉNEZ, 2006; SOUZA; BASTOS, 2008). Zem, Montezelli e Peres (2012) referem que no contexto do trabalho, o enfermeiro reafirma sua responsabilidade de orientar, de colocar o seu saber e as normas da instituição para a assistência do usuário.

De acordo com o descrito na literatura nacional, os enfermeiros fazem uma rápida avaliação do paciente considerando a queixa relatada e, baseados no protocolo, classificam de acordo com o risco e a necessidade, estabelecem as prioridades e orientam os usuários sobre o funcionamento do sistema (MARTINS, 2012b, NASCIMENTO et al., 2011).

No entanto, outros estudos apresentam resultados que contrariam a referência do enfermeiro como prestador de orientações na Classificação de Risco. Henriques, Guedes e Lima (2013) reconheceram a centralidade do enfermeiro como orientador e facilitador no desenvolvimento de atividades do Acolhimento com Classificação de Risco, porém identificaram falhas na orientação do fluxo do atendimento que poderiam ser melhoradas. Também outro estudo indicou a falta de informação quanto à função e o funcionamento da Classificação de Risco (NONNENMACHER, WEILLER, OLIVEIRA; 2012).

A falta de informação prestada ao usuário tem sido destacada entre as dificuldades encontradas durante o desenvolvimento da triagem. No cenário internacional, em estudo realizado em Portugal, foram encontrados resultados dissonantes em relação às explicações fornecidas pelo enfermeiro no processo de triagem. Quanto às orientações sobre a utilidade da pulseira, não houve indicação de orientações sobre essa função por 71% dos participantes do estudo. A desinformação acerca do significado das cores da pulseira atingiu 81% e a falta de informação sobre o tempo de espera para atendimento

médico alcançou 84% (GOMES, 2008). A expectativa do tempo de espera por atendimento médico tem sido demonstrada como uma das maiores preocupações de estudos que avaliam a Triagem.

Gerdtz e Manias (2008) em estudo sobre a percepção dos familiares quanto ao tempo de espera para o atendimento em emergência indicou que não houve a orientação adequada dos acompanhantes, em relação esse quesito. Os autores concluem que o tempo de espera no serviço de urgência pode ser longo, assim, sugerem que sejam prestadas informações aos pacientes e acompanhantes, para que não surjam possíveis dificuldades no entendimento quanto ao tempo de espera após o processo de triagem. Também Möller, Fridlund e Göransson (2010) em seus achados, identificaram a triagem como um encontro de troca de informações, sendo que houve registros de falta de informação durante o processo de triagem sobre o tempo total de espera da consulta.

Reforçando a importância do fornecimento de esclarecimentos aos pacientes durante o processo de triagem, Romero et al. (2011), constataram que a informação na triagem obteve um percentual de menos de 70%, sendo, portanto, considerada como quesito que deverá receber investimentos, com a intenção de qualificar o atendimento de enfermagem nos serviços de emergência.

Em contraponto, em estudo realizado sobre o tempo de espera dos pacientes que aguardam atendimento, na Suécia, foi identificado que a equipe de enfermagem mostra respeito e preocupação no sentido de ouvir o que os pacientes têm a dizer. Os enfermeiros salientaram a importância de prestar informações aos pacientes sobre o funcionamento do departamento de emergência, ou seja, que pacientes com o pior estado de saúde são sempre priorizados para o atendimento. A equipe sabe que os pacientes irão demonstrar menor preocupação, irritação e medo se forem fornecidas as informações adequadas. No estudo destacado, a equipe de saúde age desta forma com o intuito de reduzir a espera e os efeitos negativos da superlotação, fato que é comum em serviços de emergência em todo o mundo (BURSTRÖM et al., 2013).

Dessa forma, há dissonâncias quanto às percepções de informações prestadas entre os enfermeiros e os pacientes. O atendimento prestado nos serviços de atenção às urgências é resultado das práticas de saúde e de enfermagem, com o foco centrado no processo de adoecimento do indivíduo que o leva a buscar assistência nesses serviços. O enfermeiro que atua na Classificação de Risco interage com o usuário, avaliando-o e classificando o risco diante das necessidades apresentadas. A informação sobre o processo de classificação de risco na interação do enfermeiro com o paciente, ganha um

sentido de ampliação do entendimento do usuário frente às possibilidades da assistência que é fornecida nas Redes de Saúde de Atenção às Urgências.

Ainda, para implantar o processo de Classificação de risco é preciso ocorrer mudanças organizacionais nos serviços, as quais geram a necessidade de promover ações direcionadas para o fornecimento de informações aos usuários e divulgação prévia à implantação do AACR, via diferentes meios de comunicação escrita, pela mídia (televisão, internet) e até reuniões com lideranças da comunidade (NONNENMACHER; WEILLER; OLIVEIRA; 2012). Também, torna-se necessário, o preparo técnico e humanístico da equipe de saúde que atua no âmbito da Classificação de Risco em serviço de urgência, quanto ao fornecimento de informações e orientações aos pacientes que acessam esse serviço (MARTINS, 2012; NASCIMENTO et al., 2011; WOLF, 2010a).

**Na esfera das ações previstas na atividade de classificação de risco, os participantes do estudo concordaram que o enfermeiro orienta o paciente para avisá-lo, caso apresente qualquer alteração de sinais e sintomas, durante o período de espera pelo atendimento (85,4%).** A orientação quanto às alterações da condição do paciente se insere na prática clínica dos enfermeiros, a qual prevê a diminuição do potencial de risco de agravamento da situação clínica e do sofrimento do paciente que busca assistência no serviço de urgência e emergência durante o período de espera por atendimento.

Nos serviços de urgência e emergência, a prática clínica dos enfermeiros corresponde aos processos de trabalho, que surgem em decorrência do ingresso de pacientes com condições agudas e em crise, que chegam aos serviços de urgência e daqueles, com condições clínicas consideradas não urgentes, ocasionando situações de superlotação. Neste sentido, os enfermeiros têm por atribuições realizar avaliações precisas, identificando situações que envolvem risco à vida e priorizando o atendimento ao paciente, intervindo e gerenciando a assistência prestada (VALDEZ, 2009).

A prática clínica dos enfermeiros ocorre em diferentes momentos do processo de trabalho em enfermagem, em relação ao cuidado do paciente. Vieira, Silveira e Franco (2011) consideram que tal prática é produzida mediante o reconhecimento dos sinais e sintomas clínicos da doença situada no corpo e, ao mesmo tempo, alberga o enfoque relacional, que tem nos indivíduos e no seu modo de vida, o ponto de partida para a prática de enfermagem. Mendes (2010) evidenciou que o papel clínico dos enfermeiros é um processo psicossocial resultante de sua interação com os pacientes, com o contexto e consigo mesmo. Os dados do referido estudo indicaram que o paciente é o foco do

trabalho em enfermagem, e o desempenho do papel clínico dos enfermeiros requer autonomia clínica nas interações e ações junto ao paciente.

Oliveira et al (2009) definem que a clínica na enfermagem é um acontecimento que se dá numa relação de cuidado entre o enfermeiro e aquele que busca seus serviços, ou seja, entre dois sujeitos. No entanto, alertam sobre a forma que a prática clínica na enfermagem tem sido tratada nos estudos, de forma naturalizada, como se a clínica e a abordagem da doença fossem sinônimos (OLIVEIRA et al., 2009). De acordo com os autores, há a possibilidade de uma clínica centrada no cuidado, que pode ser uma abertura para a enfermagem desenvolver seu potencial. Desta forma, o cuidado clínico de enfermagem terá que levar em consideração o saber do sujeito que busca as intervenções nos serviços de saúde, que associado ao saber científico, resulta em ações que aumentam a autonomia dos enfermeiros.

Em relação aos serviços de urgência e especificamente sobre a Classificação de Risco realizada pelos enfermeiros, são incipientes os estudos sobre a prática clínica no cenário nacional (SOUZA; BASTOS, 2008). Então, torna-se necessário apresentar como essa atividade está inserida na prática clínica dos enfermeiros.

A Classificação de Risco representa a primeira porta de acesso ao atendimento profissional nos serviços de urgência. Os enfermeiros, quando da apresentação do paciente, partindo da situação relatada e da aferição de dados objetivos (sinais vitais, glicemia e saturação de nível de oxigênio sanguíneo) articulam os conhecimentos clínicos e os conhecimentos explícitos dos protocolos classificatórios, realizando um raciocínio lógico para produzir a classificação do risco e a prioridade de atendimento do paciente. O risco traduz a situação clínica do indivíduo e de quanto tempo ele pode aguardar para a intervenção sem haver deterioramento de sua condição clínica.

Desta forma, a orientação quanto à comunicação sobre possíveis alterações dos sinais e sintomas auxilia na prevenção do agravamento das condições clínicas dos pacientes. A orientação prestada aos pacientes para que avisem os enfermeiros sobre modificações nos sintomas é crucial para o atendimento de suas necessidades e para reavaliação das prioridades estabelecidas e alteração no fluxo dos pacientes, se for necessário.

**Em relação à avaliação do paciente, na classificação de risco, os participantes estabeleceram consenso (79,8%) quanto à utilização da capacidade intuitiva no desenvolvimento dessa atividade.** A literatura vem indicando que um dos elementos que compõem a prática clínica dos enfermeiros para avaliação e priorização do atendimento



na Classificação de risco, além do conhecimento clínico e da experiência, reside na capacidade intuitiva (TIPPINS, 2005; ANDERSSON; OMBERG; SVELLUD, 2006; TRAYNOR; BOLAND; BUUS; 2010; FORSMAN; FORSGREN; CARLSTRÖM, 2012; ODELL; VICTOR; OLIVER, 2009).

Tippins (2005) demonstrou que os enfermeiros identificam e desenvolvem o gerenciamento dos pacientes criticamente doentes que chegam aos departamentos de emergência, e que apenas os sinais e sintomas, isoladamente, podem não traduzir a condição crítica do paciente. Destaca que a intuição pode ser utilizada para identificar os sinais de deterioração da condição clínica. O julgamento intuitivo é descrito, pelos enfermeiros como uma sensação de que algo não está certo na condição do paciente, sendo que tal sensação leva a investigar com maior detalhamento todos os sinais e sintomas apresentados (TIPPINS, 2005).

Em estudo de Andersson, Omberg e Svedlud (2006) sobre triagem, a capacidade intuitiva foi tratada como “um sexto sentido”. As enfermeiras não foram capazes de descrever a associação, mas consideraram como importantes para a avaliação de triagem. Outros estudos têm considerado a intuição ou “gut feeling” como uma síntese de todas as informações das enfermeiras. Essa informação é, por exemplo, visual, auditiva ou impressão tátil associada à vivência prévia de situações e eventos (FORSMAN; FORSGREN; CARLSTRÖM, 2012).

Odell, Victor e Oliver (2009) sugerem que a intuição desempenha um papel importante na detecção de deterioração da condição clínica do paciente e os sinais vitais são utilizados para validar sentimentos intuitivos. O processo é muito complexo e influenciado por muitos fatores, incluindo a experiência e formação de enfermeiros e sua relação com a equipe médica.

A capacidade intuitiva também foi analisada por Traynor, Boland e Buus (2010) que analisaram o discurso das enfermeiras em relação ao trabalho profissional, para determinar se o mesmo é resultante do uso de julgamentos tácitos (instinto e intuição) ou da utilização de conhecimentos provenientes do tecnicismo (atividade capaz de ser codificada). Os resultados indicaram que os enfermeiros misturavam na identificação do seu trabalho, tanto o modo indeterminado (neste caso, instinto e intuição) e as técnicas, chamando a sua experiência como árbitro final de cada decisão. A experiência pode agir como ponto de referência nas sugestões da intuição na tomada de decisão e também possibilita aos enfermeiros a modificação/adequação/alteração dos protocolos amparados unicamente em diretrizes clínicas (TRAYNOR; BOLAND; BUUS; 2010).

Os enfermeiros trabalham em situações complexas, dinâmicas e incertas nos ambientes de saúde e principalmente nos serviços de urgências, durante as 24 horas de trabalho, assim, é necessária a priorização das necessidades do paciente. Em função da complexidade do trabalho que desenvolvem, os enfermeiros se apóiam no ambiente da prática clínica para interpretar os eventos ou objetos e tornar visíveis as necessidades dos pacientes. Por isso, o conhecimento em enfermagem está essencialmente relacionado com as ações de enfermagem (LAKE; MOSS; DUKE, 2009). Também Enders, Ferreira e Monteiro (2010) referem que os enfermeiros são agentes de ação e deliberação e são socializados para confrontar situações presentes em seu cotidiano, e assumir, através de conhecimento científico, experiências anteriores ou por conceitos próprios e intuitivos, formas específicas de ver e descrever a prática.

A capacidade intuitiva faz parte de uma das habilidades que, somada à experiência profissional, é responsável pelo conhecimento tácito. O conhecimento tácito é pessoal, específico ao contexto e, assim, difícil de ser formulado e comunicado. É aquele conhecimento que as pessoas possuem, mas não está escrito em lugar nenhum (SANTOS, 2005).

Santos (2005) refere que os enfermeiros em sua atividade diária no contexto de trabalho, podem saber muito mais do que são capazes de dizer e registrar. O conhecimento apreendido pelos enfermeiros ocorre de diversas formas: por comparação, pela experimentação, por associação com outros conhecimentos e por intermédio de outros profissionais da área de saúde (médicos, nutricionistas, farmacêuticos etc.).

Herbig, Buëssing e Ewert (2001) realizaram estudo que avaliou o papel do conhecimento tácito no contexto de trabalho da enfermagem e detectou que esse é adquirido e reforçado por experiências concretas. A aquisição de estruturas tácitas não depende de atenção ou consciência para a aprendizagem, assim, seu conteúdo, não é revisado e nem examinado. Uma das características mais proeminentes do conhecimento tácito é que ele não é conscientemente percebido como orientador das ações, ou seja, ele funciona abaixo de um limiar subjetivo. Os autores concluem que é necessário não só trazer o conhecimento tácito para o nível consciente, como projetar esse conhecimento sobre as estruturas e processos de trabalho, fornecendo oportunidades, tanto individual como organizacional, de reflexão sobre as experiências desse conhecimento.

Os meios pelo qual o conhecimento é convertido de tácito para explícito são os seguintes: socialização (quando compartilhamos nossas experiências com outras pessoas), externalização (quando fazemos analogias entre teorias ou modelos mentais), combinação

(junção de conhecimentos adquiridos para se gerar novos conhecimentos), internalização, isto é, o conhecimento é assimilado pela organização. (NONAKA; TACKEUCHI, 1997).

A socialização refere-se à forma como os empregados recolhem informações sobre a organização, sobre o grupo de trabalho e suas tarefas, assim como o modo como se ajustam e compreendem a maneira de se comportar em cada uma dessas dimensões (COSTA et al., 2008)

Para os enfermeiros da Classificação de Risco, as informações clínicas específicas são procuradas para a identificação do risco clínico e da necessidade do paciente e a partir disso, é realizada a tomada de decisão quanto ao nível de classificação para atendimento. Portanto, na classificação do risco, o enfermeiro articula o conhecimento científico e clínico, com o saber tácito (ligado à capacidade intuitiva), somado ao conhecimento do protocolo classificatório, utilizando a sua experiência como guia direcionador no exercício desta atividade. Desta forma, parece importante resgatar o conhecimento tácito dos enfermeiros na Classificação de Risco, para torná-lo explícito, isto é, que esse conhecimento gerado pela ação e experiência seja descrito por meio da criação de rotinas e normas, como fator que pode facilitar a atuação dos enfermeiros.

**Na avaliação das necessidades dos pacientes, os participantes concordaram que consideram as situações sociais relacionadas com o problema apresentado pelo paciente na determinação da prioridade do risco. Foi obtido consenso de concordância, na segunda rodada, de 69,6% na atualidade e 70,8% nos próximos 10 anos.** Entende-se que a situação de concordância limítrofe em relação à avaliação das situações sociais envolvidas com o problema do usuário, na classificação do risco de serviços de urgência, é uma tradução dessa intenção. Ou seja, os enfermeiros sinalizam que o reconhecimento do contexto social de vida do indivíduo está presente na sua forma de adoecimento. Curtis et al (2009) e Edwards e Sines (2008) referem que na dinâmica da triagem, a avaliação do usuário é influenciada por aspectos sociais, pelo contexto e ambiente onde se desenvolve o contato do paciente com o enfermeiro. Estes autores descrevem a triagem como uma ação social do enfermeiro com o usuário, na busca da categorização do nível de urgência. Neste sentido, o enfermeiro entende como um desafio, avaliar pessoas de diferentes culturas e crianças de idades variadas, no reduzido espaço de tempo, previsto, para a realização da triagem, por isso, procura conhecer a situação social e cultural de vida dos pacientes que se apresentam na triagem (HJELM, 2005).

Os enfermeiros da Triage, para conhecerem o modo pelo qual o paciente enfrenta seu problema de saúde, diante da falta de tempo para a priorização do risco, busca minimizar essa dificuldade, estabelecendo uma comunicação adequada (ANDERSSON; OMBERG; SVEDLUND, 2006). Edwards e Sines (2008) já afirmavam que o atendimento que se presta neste setor desenvolve-se como possibilidade de interlocução, negociação do usuário com o enfermeiro sobre o problema que o levou a procurar o serviço. A triagem pode ser vista como um processo interativo construído socialmente, na qual os resultados são determinados pela maneira na qual os participantes criam, interpretam e negociam o significado do problema.

No entanto, o enfoque dos enfermeiros que realizam a triagem reside nos pacientes que apresentam maior gravidade no seu estado clínico (NYSTROM et al. 2003a; NYSTROM *et al* 2003b). Estudo sobre a utilização do *Australian Triage System* (ATS) relatou que o foco da educação para os enfermeiros que utilizam essa escala, tem sido, até o momento, em grande parte direcionada para alcançar consistência de tomada de decisão, incluindo o uso extensivo de parâmetros fisiológicos, como frequência cardíaca, temperatura, frequência respiratória e saturação de oxigênio. Os autores referem que desde a introdução da ATS, pouca atenção tem sido referida às interações sociais que ocorrem entre enfermeiro e paciente durante o processo de triagem e as maneiras pelas quais essas interações podem ter impacto sobre a qualidade do atendimento prestado aos pacientes e acompanhantes no serviço de urgência (GERDTZ; MANIAS; 2008).

Em estudo realizado na Dinamarca, Johansen e Forberg (2011) referem que o sistema de triagem se concentra no tempo crítico e na necessidade de tratamento e não inclui fatores psicossociais. Os autores referem que a aplicação de triagem significou que menos tempo é gasto sobre os aspectos humanísticos da enfermagem. Esta mudança na prática e cultura departamental foi criticada por alguns dos enfermeiros entrevistados.

No cenário nacional, onde as diferenças de nível econômico-social e condições de vida dos usuários são grandes, torna-se importante avaliar a situação social do indivíduo no processo de adoecimento do indivíduo. Silva et al. (2010) discutem que o fazer do enfermeiro, ainda se apóia no modelo biomédico hegemônico, por isso se faz necessário, inserir um novo formato nas práticas desenvolvidas por eles, que supere as ações orientadas pelo enfoque biológico (SILVA et al, 2010). A influência do modelo biomédico vem tendo supremacia nas práticas dos profissionais de saúde, portanto é necessário um resgate na contextualização social da forma de adoecimento dos indivíduos nas ações de promoção e de assistência, atualmente desprovidas de importância nos

cenários dos serviços de urgência. Outros estudos tem apresentado o enfoque de realizar uma prática de enfermagem voltada para a inserção do modo de vida dos indivíduos como sujeitos, levando em consideração a história de vida no processo de adoecer (OLVEIRA et al., 2009; VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011).

Zem, Montezelli e Peres (2012) afirmam que a possibilidade de novos espaços de trabalho, como a Classificação de Risco, permite ao enfermeiro a centralização do usuário nos processos de seu cuidado. Este profissional estaria rompendo gradativamente as resistências existentes nos contextos hospitalares em relação à assistência humanizada e voltada para o paciente.

Embora, na Classificação de Risco, no qual o enfoque do trabalho do enfermeiro se concentre no conhecimento clínico, os enfermeiros realizam um esforço para romper com a racionalidade do modelo biomédico e exercer práticas que obtenham abrangência à contextualização social do indivíduo, usuário e paciente do sistema de saúde. Trata-se aqui de perceber o quanto que a situação social pode estar somando no prejuízo da condição clínica do paciente. Na rede Nacional de Urgências, as estratégias de comunicação entre as unidades da ESF e as UPAs pode-se identificar e referenciar pacientes com vulnerabilidade e risco social.

**Na segunda rodada, os participantes do estudo, discordaram (75,3%) que os protocolos de Classificação de Risco utilizados pelos serviços, contemplam o perfil epidemiológico da população atendida.** A justificativa de tal opinião diz respeito à finalidade dos protocolos/escalas classificatórios, que objetivam a avaliação do risco à vida, portanto, não consideram as necessidades epidemiológicas do grupo populacional o qual atende, mas às necessidades clínicas individuais dos usuários nos serviços de urgência (FITZGERARD et al., 2010).

Entretanto, Mayer e Jensen (2007), enfatizam que é necessário, ao enfermeiro da Triagem, conhecer as características da população que utiliza o serviço de urgência, quais os horários de maior número de ingresso de usuários, qual o número previsto, aproximadamente, quais os horários de pico, enfim esse conhecimento deve ser usado para alocar recursos e evitar longas filas de espera para os indivíduos que buscam esse serviço (MAYER, JENSEN, 2007). Nesse aspecto, trata-se do conhecer a população que se atende em cada serviço de urgência.

A epidemiologia é uma ciência que estuda a saúde das comunidades e coletividades e contribui para a enfermagem compreender o processo do viver humano em múltiplas dimensões (SOUZA et al., 2008). O conhecimento epidemiológico não foi

previsto nos protocolos internacionais propostos para a triagem (Sistema Manchester de Classificação de Risco, ESI, CTAS) nem para o AACR pelo Ministério de saúde do Brasil. A proposta dos protocolos é avaliar a necessidade de cada paciente, individualmente.

No entanto, resgata-se aqui, que no cenário brasileiro as situações de adoecimento denominadas de doenças sazonais são marcadamente influenciadas pelas mudanças climáticas, como também por fatores que envolvem as condições de vida, incluindo sócio-sanitárias e financeiras. O ser humano responde aos estímulos ambientais característicos de cada uma das quatro épocas do ano, contraindo diferentes patologias. Dessa forma, ocorrem doenças respiratórias como a Broncopneumonia, Bronquites, Infecções respiratórias do trato superior entre outras que são mais freqüentes na população no período do inverno, tanto para crianças como para adultos e idosos. Comparativamente, doenças que afetam o trato gastrointestinal (diarréias, vômitos, etc.) apresentam-se nos pacientes no período de verão.

Estudos vêm demonstrando que variações regionais e sazonais das doenças provocam o aumento da demanda de pacientes, pois interferem no padrão de adoecimento e respectivo atendimento da população, ocasionando, na maioria das vezes, a superlotação dos serviços de urgência. No estado de Santa Catarina, estudo desenvolvido por Silva et al. (2007), apresentaram em seus achados que em relação à distribuição dos atendimentos, segundo meses do ano, verifica-se que o mês de maior procura ao Serviço de Urgência foi janeiro e o de menor procura foi o mês de novembro, com, respectivamente, 10% e 7,3% dos atendimentos.

Estudo de Mello, Assunção, Ferreira (2007), desenvolvido em unidade de urgência de Belo Horizonte, corroboram tais achados, indicando que a superlotação é sazonal e, no caso estudado, acontece nos meses de março a junho quando ocorre maior prevalência de crises respiratórias na população-alvo, que exigem observação por algumas horas, principalmente os casos de asma e broncoespasmo. Valença, Restivo e Nunes (2006) avaliaram o número de visitas de asmáticos ao serviço de urgência em Brasília, sendo que os dados demonstraram que as visitas emergenciais por asma sofrem variação sazonal, crescem um a dois meses após o aumento da umidade relativa do ar e caem no período mais seco do ano.

Nessa lógica, o enfermeiro que atua na Classificação de Risco, terá de conhecer essas características da localidade em que estiver atuando, para identificar e classificar o risco, priorizando o atendimento conforme a condição clínica do paciente esteja mais ou

menos grave, levando em consideração as doenças sazonais presentes. Constatou-se que essa consiste em uma das fragilidades da classificação de risco nos serviços de urgência. É importante destacar que o fator de urgência e o tempo reduzido para a avaliação, não torne desnecessário esse conhecimento para o enfermeiro da Classificação de Risco. Entende-se que os enfermeiros da Classificação de risco terão que se atualizar e nesse sentido, circular por outros serviços da rede de urgências.

**Ao mesmo tempo em que apontam essa fragilidade, 82% dos participantes da segunda rodada indicam que os protocolos estabelecem prioridades de atendimento por meio de fluxogramas adequados para fundamentar as decisões dos enfermeiros.**

Os enfermeiros destacaram que os fluxogramas apresentados nos protocolos fundamentam as decisões dos enfermeiros na prática da Classificação de Risco nos serviços de urgência, caracterizando-se como uma das potencialidades dessa atividade.

Conforme Souza et al. (2011) os protocolos são utilizados para embasar a segurança profissional dos enfermeiros, oferecendo respaldo legal para a realização da classificação de risco. O Conselho Federal de Enfermagem regulamentou pela resolução COFEN nº 423/2012, que no âmbito da equipe de enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em serviços de Urgência como atividade privativa do enfermeiro, desde que as disposições legais da profissão sejam observadas. O COFEN estabelece a responsabilidade aos Conselhos Regionais de Enfermagem de adotar as medidas necessárias para acompanhar a realização da atividade de classificação de risco, tendo em vista a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

Ainda, em discussão sobre a competência do enfermeiro para realizar a classificação de risco, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabeleceu em parecer técnico em resposta à solicitação do estado de Minas Gerais, que o enfermeiro possui competência técnica, científica e legal, sendo favorável à realização do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, em todos os níveis de atenção à saúde, pelo Enfermeiro (Parecer Técnico nº 136/2011 do COREN - MG).

Em relação aos itens da estrutura organizacional da classificação de risco, **73%** dos participantes da segunda rodada, **discordaram que a área física favorece a privacidade do usuário.** A indicação da inadequação da estrutura física é corroborada por outros estudos nacionais realizados em Santa Catarina, Paraná, Minas Gerais (NASCIMENTO et al., 2011a; ZEM; MONTEZELLI; PERES, 2012; SOUZA; BASTOS, 2008; ROSSANEIS et al., 2011; SOUZA et al., 2011, SILVA et al., 2012). Indicam que será necessária uma reorganização da estrutura física no serviço de emergência, para que

se consolide a política do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (ZEM; MONTEZELLI; PERES, 2012).

Também outros estudos (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; ANDRADE et al., 2009) destacam que o ambiente dos serviços de urgência, no cenário nacional ou internacional, devido à elevada procura dos pacientes, apresentam-se com corredores aglomerados de pacientes em macas, sem privacidade, conforto ou segurança, à espera de atendimento e, ainda, vulneráveis a infecções cruzadas, o que indica a precariedade desses serviços. As deficiências na área física e na forma de acolher o usuário, somado à grande procura pelos serviços de urgência, diminui a qualidade do atendimento prestado (NASCIMENTO et al., 2011 b; ZEM; MONTEZELLI; PERES, 2012).

Neste sentido, o ambiente dos serviços de emergências e urgência vem sendo investigados, pois a estrutura arquitetônica dos serviços, assim como os elementos administrativos, tem grande importância na rapidez e na precisão da assistência prestada. A estrutura física no serviço de emergência, vinculadas ao conhecimento técnico-científico e ao desenvolvimento tecnológico, influenciam a eficiência e eficácia do atendimento, com o objetivo principal de evitar morte e danos ao paciente na unidade de emergência (BARBOSA et al., 2009).

No entanto, estudo avaliativo sobre o Acolhimento e Classificação de Risco, em dois hospitais de ensino do Paraná, apresentou que a implantação do AACR motivou a readequação da estrutura física para promover maior humanização, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (VITURI et al., 2013). Mesmo que tenham ocorrido intervenções no ambiente da Classificação de Risco, essas não foram suficientes para modificar a percepção dos usuários e dos trabalhadores. Assim, em ambos os serviços de urgência estudados por esses autores, a dimensão de estrutura foi considerada como precária. Os autores referem que não é possível afirmar que a ampliação do acesso, resultou em melhorias na qualidade do atendimento. Outro estudo avaliativo de Bellucci Jr. e Matsuda (2012) indica que a avaliação dos itens “Conforto ao usuário e acompanhante” e “Privacidade nas consultas” foi regular, o que aponta que as mudanças no espaço físico ainda necessitam de melhorias.

Andrade et al. (2009) em seus achados apresentam que a emergência hospitalar é um ambiente gerador de mal-estar. Contudo, a recepção dos profissionais é essencial para ocorrer o bem-estar. A equipe dos serviços de atendimento de urgência e emergência confronta-se com situações delicadas, e, por vezes, precisam fazer triagem dos pacientes a serem atendidos.



Acrescenta-se a presença de usuários não urgentes exige esforços da enfermeira da Classificação de Risco, pois pacientes com patologias crônicas que deveriam ser passíveis de controle com acompanhamento ambulatorial, evoluem para quadros clínicos graves que aumentam gradativamente o risco de morte (DAL PAI; LAUTERT, 2011). Em meio a esse ambiente complexo, muitas vezes, não há espaço para a privacidade dos usuários.

Soma-se a esses fatores que dificultam a atividade da classificação de risco, o gerenciamento de recursos precários e a falta de leitos de retaguarda (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

O ambiente em que é desenvolvida a Classificação de Risco deverá ser exclusivo, organizado para essa finalidade e terá que proporcionar a privacidade do usuário. Assim, muitas vezes, uma sala em que se atenda mais de um paciente com diversos profissionais de enfermagem podem constranger o paciente e comprometer a sua privacidade. Portanto, a individualidade e subjetividade do paciente passa a ser negada pelo serviço. Evidencia-se assim, mais uma fragilidade da Classificação de Risco operacionalizada nos serviços de urgência.

**Da mesma forma que não há privacidade, os participantes da segunda rodada discordaram (71,9%) que o processo de classificação de risco implantado nos serviços consiga acolher os usuários.** O acolhimento surgiu como estratégia da Política de Humanização da Rede Hospitalar no Brasil, em 2001. Entende-se que a classificação de risco no cenário nacional é vinculada à proposta do acolhimento, que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde prevê o acolhimento como:

[...] recepção ao usuário, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2006, p.35).

No entanto, outros autores vêm evidenciando, divergências em relação ao entendimento do acolhimento pelos enfermeiros que reconhecem a importância da classificação de Risco, mas não relacionam com o acolhimento (ZEM; MONTEZELLI; PERES 2012; ZANELATO; DAL PAI, 2010).

Bittencourt e Hortale (2007) referem que o Acolhimento com Classificação de Risco tem sido desenvolvido mais no âmbito espacial e administrativo, do que, na identificação das necessidades e vulnerabilidades dos usuários dos serviços de urgência. Outro estudo, com enfoque na avaliação dos serviços de urgência, demonstrou dificuldades em implantar o acolhimento, daí a criação de instrumento para avaliar o AACR (BELLUCCI Jr.; MAATSUDA, 2012). Estudo sobre o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em serviço de urgência no Paraná destaca que o enfoque do AACR tem se restrito à queixa do usuário e nem sempre às suas necessidades, mesmo atendendo a toda a demanda (ZEM; MONTEZELLI; PERES, 2012).

Dal Pai e Lautert (2011) indicam que o acolhimento realizado no local do estudo não atende às propostas do Ministério da Saúde para a diretriz do acolhimento, que tem por finalidade alterar o modo de operar os processos de trabalho em saúde (BRASIL, 2009). Assim, os autores tornam evidente a fragmentação das ações em saúde, pois não há o compromisso de acolher o usuário durante seu percurso no serviço e na rede de atenção às urgências. Salienta-se a importância da participação do restante da equipe de saúde no acolhimento ao paciente, sob pena de descaracterizar o objetivo desta política de saúde.

Para a concretização desta forma de produzir saúde, respeitando a ambiência do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, a avaliação do funcionamento do AACR, nos serviços, promove o *feedback* no sentido de identificar as alterações necessárias ao sistema brasileiro. A exemplo, VITURI et al. (2013) já indicam, em seu estudo, a necessidade de analisar se o ACR tem cumprido o papel no sistema de saúde de ser o gatilho de mudança nas práticas de saúde nos modelos de atenção e gestão. Zem, Montezelli e Peres (2012) referem que é importante que o profissional reveja conceitos acerca da humanização e acolhimento agregando em sua prática profissional e não apenas tê-los na memória em termos técnicos. Em função disso, as autoras entendem que o acolhimento exige uma mudança de postura profissional de todos os trabalhadores da saúde.

Neste sentido, o consenso obtido pelos enfermeiros, do presente estudo, de que o setor de Classificação de Risco não acolhe os usuários pode também ser um indicativo para que se realizem estudos de avaliação da forma como está sendo realizado o acolhimento nos serviços de urgência e que fatores estão desfavorecendo essa prática.

No cenário internacional são poucos os estudos que tratam a forma de acolher o paciente nos departamentos de emergência, mas tem havido preocupação em relação à

humanização do atendimento prestado nos departamentos de emergência. Em estudo de McBrien (2009) sobre a avaliação das práticas da triagem pelos profissionais, paciente e gestores, os autores salientam que o paciente não é um receptáculo passivo do cuidado fornecido, mas deve-se reconhecer a importância do conhecimento e experiência dos pacientes. A partir daí, o estudo sugere implantar mudanças no treinamento para enfermeiras da triagem, com o objetivo de obter decisões centradas nas necessidades dos pacientes.

Também o número de profissionais envolvidos no processo de classificação de risco, é fator relevante para o sucesso dessa prática. **Em relação ao dimensionamento dos profissionais que atuam na Classificação de Risco, os participantes da pesquisa destacaram consenso de discordância em 72% em relação ao número de enfermeiros por turno de trabalho como suficiente para realizar a Classificação de risco.** A quantificação de pessoal de enfermagem constitui a etapa inicial para atender direta ou indiretamente às necessidades de assistência de determinada clientela, tendo por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria requerida para o atendimento (GADZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005). As questões de quantificação de pessoal na enfermagem sempre estiveram presentes no discurso da atenção hospitalar, especializada e básica de saúde (MONTEZELLI; LOPES, 2006).

Estudos nacionais vêm demonstrando que os enfermeiros enfrentam um excesso de demanda para propiciar atendimento nos serviços de urgência e emergência (GODOY, 2010; VENTURI et al., 2013). Na região nordeste, a situação da superlotação nas unidades de emergência encontra-se agravada, pois não dispõe do contingente de enfermeiras adequado ao número de serviços de urgência. Andrade *et al.* (2009) referem que os integrantes da equipe de atendimento nos serviços de urgência precisam avaliar pacientes com maior gravidade para serem atendidos. Dessa maneira, o enfermeiro da Classificação de Risco dos serviços de urgência atende a uma demanda crescente, oriunda não só do aumento dos acidentes de trânsito ou quadros clínicos agudos, mas também do aumento das vítimas da exclusão social, como é o caso dos moradores de rua. Contudo, não é possível contar com a aceitação de quem está esperando há algum tempo. Os usuários entendem que há poucos profissionais para prestar o atendimento (ANDRADE et al., 2009). A situação de demanda excessiva e poucos trabalhadores podem significar sobrecarga laboral (OLIVEIRA; SILVA; COSTA, 2012).

Essa sobrecarga vem sendo descrita em outros estudos nacionais. Barbosa et al. (2009) em estudo que analisou a visão dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em

emergência hospitalar, identificou que o número de profissionais disponibilizado no referido setor é insuficiente em função do número de usuários que buscam atendimento nesse setor. Destaca que há poucos profissionais de enfermagem para a proporção de pacientes atendidos, bem como para o tipo de assistência ofertada, de baixa, média e alta complexidade (BARBOSA et al., 2009). De acordo com o autor, a unidade de emergência é um ambiente que expõe o trabalhador ao adoecimento, uma vez que ele se submete às longas jornadas de trabalho, grande intensidade de trabalho, esforços físicos, além de estarem em constante contato com riscos que podem causar prejuízo na saúde da equipe. Assim, cargas de trabalho elevadas resultam em estresse e fadiga, que são elementos a serem considerados na organização de trabalho na emergência (BARBOSA et al., 2009).

Dal Pai e Lautert (2011) destacam que a grande procura aos serviços de urgência provoca tensão por parte, tanto de usuários, em cobrar atendimento digno, como de funcionários, ao tentar dar conta do número de atendimentos e problemas que parecem se multiplicar a cada minuto na unidade. Conseqüentemente, as equipes dos serviços de urgência e emergência, possuem uma carga de trabalho elevada.

Schmoeller (2001) em estudo sobre indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem no serviço de urgência e emergência ressalta que é preciso ir além das fórmulas e métodos e aprofundar reflexões na busca de estratégias, cujos aspectos qualitativos possam ser considerados e expressos em número de trabalhadores. A autora definiu como indicativos qualitativos específicos nos serviços de urgência o modelo assistencial; o perfil da equipe de trabalhadores; a imprevisibilidade de um serviço de emergência; a organização do trabalho para atendimento à demanda espontânea e à demanda por turno de trabalho; as referências de média e alta complexidade. Porém de acordo com a autora não existe indicação de como transformá-los em parâmetros mensuráveis para prever o dimensionamento de pessoal.

Especificamente na Classificação de Risco, estudos vêm demonstrando que os serviços de urgência prestam atendimento a elevado número de pacientes, acima de sua capacidade máxima, com poucos funcionários e sem treinamentos para os mesmos. Conseqüentemente, o enfermeiro da Classificação de Risco sofre o desgaste dessa sobrecarga de trabalho gerada pela excessiva demanda (NASCIMENTO et al., 2011b; DAL PAI; LAUTERT, 2011).

No contexto internacional, autores também trazem que a implicação para os gestores de departamento de emergência é certificar-se de que existem enfermeiros na Triagem em número suficiente por plantão, a fim de permitir que a avaliação ocorra com

base nas necessidades reais dos pacientes (MÖLLER; FRIDLUND; GÖRANSSON, 2010). Outros autores vêm ressaltando que as exigências feitas pela organização do serviço ao enfermeiro da Classificação de Risco são grandes, pois ele representa a primeira face da emergência. Assim, é esperado que os enfermeiros mantenham a calma mesmo quando sob estresse, o que gera sobrecarga emocional nesses profissionais (LAU; MARGAREY; WIECHULA, 2012).

Ainda, existe uma variedade de modelos de Classificação de Risco efetivados nos diferentes serviços e não há legislação que determine o número de enfermeiros que deverão realizar tal atividade. Desta forma, o presente estudo põe em evidência a opinião dos participantes de que, para realizar a atividade de classificação de risco, o dimensionamento de enfermeiros não é suficiente. Reforça-se, então, a necessidade de se repensar o dimensionamento do número de enfermeiros que realizam a classificação de risco, no sentido de promover um quantitativo adequado de enfermeiros, com a finalidade de resultar em melhoria na qualidade do atendimento.

A questão do dimensionamento de pessoal de enfermagem está intimamente relacionada com a qualificação dos mesmos para a realização das atividades. **Os participantes da segunda rodada apontaram como consenso a discordância de que são realizadas capacitações periódicas, para os enfermeiros, sobre a utilização dos Protocolos Classificatórios (79,8%), e também não indicam que tal fato irá ocorrer no futuro (70,7%).** Essa situação contradiz o que está estipulado, pela literatura internacional de que para o exercício da classificação de Risco, os enfermeiros possuem a obrigatoriedade de receber treinamento específico para a utilização dos protocolos classificatórios. Autores referem que há necessidade de treinamentos precisos que facilitem a avaliação sobre o reconhecimento e atenção para identificação das necessidades dos pacientes na realização da triagem dos Departamentos de Emergência (WOLF, 2010b; SMITH; CONE, 2010; SMITH et al., 2013).

Smith e Cone (2010) realizaram um estudo-piloto sobre tomadas de decisões na triagem. Foi criado um instrumento para a educação continuada dos enfermeiros da Triagem e para facilitar a compreensão da educação e necessidades de formação do pessoal de enfermagem. Em consonância com esse resultado, Dateo (2013) em artigo que visa tornar clara a importância da avaliação realizada pela enfermeira de Triagem e a identificação dos fatores que potencializam a acurácia da tomada de decisões, reforçou que a primeira impressão da avaliação da enfermeira da triagem exige a capacitação correta, ferramentas e educação continuada para fornecer atendimento de alta qualidade.

De acordo com o autor, o protocolo americano (ESI) é confiável e uma ferramenta válida, mas o enfermeiro da triagem deve possuir habilidades de julgamento clínico para usá-lo com precisão. Em função disso salienta que a educação continuada, constitui em elemento essencial para a enfermeira de a triagem avançar em sua prática. Outros autores vêm realizando estudos sobre a utilização de protocolos, como Innes, Plummer e Considine (2011) sobre Australian Triage System (ATS) destacam a importância de manter a educação continuada como forma de qualificar o atendimento e avaliação pela enfermeira de triagem dos departamentos de emergência.

O Sistema de Classificação Manchester operacionalizado em vários serviços de urgências exige que o profissional tenha capacitação e aprovação técnica antes de realizar a atividade de Classificação (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). Em estudo desenvolvido em serviço de urgência da Suécia sobre o impacto do MTS, 20% dos enfermeiros destacaram que a última atualização sobre Manchester ocorreu há seis meses. O treinamento foi realizado a partir de cenários e situações fictícios e 61% dos enfermeiros expressaram a necessidade de uma triagem inicial e mais treinamento adicional sobre casos simulados de pacientes (FORSMAN; FORGREN; CARLSTRÖM, 2012).

Relato de experiência sobre a avaliação do trabalho desenvolvido na triagem com o protocolo ESI, nos EUA, a partir da simulação de cenários, identificou que havia a falta de aferição de dados fisiológicos, bem como a falta de investigação de outros dados do cliente. Os achados indicaram que na realização da triagem os enfermeiros avaliavam os pacientes guiados pelo protocolo classificatório do risco (prioridade de atendimento), sem a aferição de sinais vitais e de dados fisiológicos. A utilização de situações simuladas de paciente, em um serviço que utilize um protocolo de triagem é muito útil. Em termos de reconhecimento de lacunas cognitivas no processo de triagem, o uso de simulações para a educação em triagem pode ajudar o educador a desenvolver intervenções educacionais que abordem essas lacunas e melhorem o potencial desempenho dos enfermeiros (WOLF, 2010b).

Em relação ao CTAS, sistema canadense de cinco níveis de urgência, Ranquim (2013) apresentou que há necessidade de treinamento padronizado para o CTAS. O estudo desenvolveu uma oficina de triagem de seis semanas baseado na Web para melhorar o acesso à formação do CTAS. O curso de Web forneceu uma experiência educacional padronizada e eficaz para enfermeiros de triagem. O tutorial online obrigatório, a discussão on-line, e projeto local no trabalho aumentaram a preparação dos

enfermeiros para aprendizagem on-line, e esses métodos de ensino foram bem sucedidos para a transferência de aprendizado de práticas de triagem. A aprendizagem da Web pode ajudar os profissionais que realizam a triagem a assegurar a competência do enfermeiro e apoiar a prática profissional (RANQUIM, 2013).

Desta forma, os estudos indicam que os enfermeiros necessitam de uma educação em serviço de forma continuada e sistematizada para aprimorar questões relativas à triagem dos pacientes. Os estudos baseados na simulação de cenários vêm sendo considerados eficazes para que os enfermeiros adquiram habilidades na triagem, independente do protocolo que utilizam.

Tais inovações na apropriação de informações para o exercício da classificação de risco pelo enfermeiro possibilitam ter credibilidade de que as capacitações para o exercício da atividade ocorram nos próximos 10 anos (70,7%).

O Ministério da Saúde, em normativa sobre a classificação de risco, refere que: “a Classificação de risco é atividade realizada por profissional de enfermagem de nível superior preferencialmente com experiência em serviço de urgência, e após capacitação específica para a atividade proposta” (BRASIL, 2009, p.44). No entanto, não normaliza em qual o intervalo de tempo que deverá se realizada, e tampouco qual a carga horária necessária. De acordo com o protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco do Ministério da Saúde deverão ocorrer oficinas de trabalho para discussão da organização da atividade prestada na Classificação de Risco envolvendo o acesso e caracterização da demanda do serviço, fluxos, relações de trabalho e relações com usuários e familiares, além de fatores que contribuem para ambiência (BRASIL, 2009). Portanto, joga a responsabilidade pelo gestor do serviço de urgência na definição e contratualização de educadores para fins de treinamento para a Classificação de Risco.

Estudo desenvolvido sobre Acolhimento com Classificação de Risco reforça que a avaliação da capacitação profissional e a integração entre os membros da equipe de atendimento são vistos como estratégias que influenciam o processo de trabalho nos serviços de emergências (BELLUCCI, Jr; MATSUDA, 2012a). Este estudo evidenciou a escassez de reuniões de treinamento no ACCR como um dos fatores responsáveis pela avaliação precária obtida como resultado da avaliação do ACR no serviço. A existência de programas institucionais de capacitação propicia aos trabalhadores maior segurança na realização das atividades assistenciais e também proporciona momentos de interação e troca de experiências vivenciadas no cotidiano dos serviços (BELLUCI; MATSUDA, 2012b).

Corroborando com esses achados, estudo de Zem, Montezelli e Peres (2012) refere que apesar de reconhecerem a importância do processo educativo, foi constatado que os enfermeiros da instituição se referem à falta de tal prática em seu cotidiano. Em outro estudo, foi destacada a falta de capacitações periódicas. Os autores salientam que deverá ocorrer formação específica para os processos desenvolvidos em serviços de urgência. Para tanto, é necessário que a equipe de enfermagem seja acompanhada através de treinamentos e avaliações periódicas, tendo em vista a complexidade e as demandas geradas no setor (BARBOSA et al., 2009). Também revisão bibliográfica indica que um dos pontos destacados como desfavorável na atuação da enfermeira da Classificação de Risco é a escassez de programas de capacitação (OLIVEIRA; SILVA; COSTA, 2012).

A Classificação de Risco vem sendo utilizada em serviços de urgência de todo território nacional. No presente estudo, 18,6% dos participantes que não receberam capacitação para Sistema Manchester de Classificação de Risco e realizam a classificação de risco em serviços que utilizam tal protocolo, sem ter realizado a capacitação (11 de 59) e 87,3% (62 de 71 enfermeiros) realizaram capacitação do Sistema de Classificação de Risco Manchester. Em relação ao protocolo AACR, 10 realizam a classificação de risco sem terem sido capacitados, 12 (52,2%) realizam a Classificação de risco e foram capacitados.

Há participantes do estudo que ainda não realizaram capacitação específica, portanto, esses resultados permitem afirmar de que não há capacitações periódicas aos enfermeiros da classificação de risco. Assim, há a necessidade de comprometimento da gestão dos serviços em relação a disponibilizar aos enfermeiros que atuam na Classificação de Risco a capacitação prevista pelo Ministério da Saúde, para que os enfermeiros realizem tal atividade.

### **6.3 Discussão da terceira rodada de opiniões do estudo Delphi**

Nesta rodada, foram rerepresentadas 08 questões do questionário original na plataforma *SurveyMonkey*® que não obtiveram o consenso nas rodadas anteriores.

Em função do propósito de atingir o consenso das afirmativas formuladas, entre os respondentes do estudo Delphi, optou-se por restringir as alternativas de respostas em duas: Concordo e Discordo.



A apresentação dos resultados na terceira rodada foi alterada para duas seções, as quais apresentam as afirmativas que, na segunda rodada, obtiveram consenso e as que não obtiveram consenso entre os participantes do presente estudo.

**Em relação às afirmativas que obtiveram consenso, os participantes da terceira rodada concordaram que a Classificação de Risco possibilita a avaliação dos pacientes pelo enfermeiro no período de tempo estipulado pelo protocolo classificatório (72,3%), e que o enfermeiro realiza a Classificação de Risco do paciente no período de tempo estipulado pelo protocolo utilizado (75,4%).**

Essa decisão dos participantes decorre da determinação dos protocolos de Triagem/Classificação de Risco, em estabelecer um tempo base para a realização da avaliação do paciente. De acordo com Jiménez (2006) todos os sistemas de triagem estruturada possuem uma série de objetivos operacionais que devem ser cumpridos. Assim, o tempo desde a chegada do paciente ao serviço até o início da classificação, o tempo de duração da triagem e o controle dos tempos desde a triagem até o início da atenção/assistência a ser prestada nos serviços de urgência consistem em indicadores de qualidade ou de funcionamento do modelo de triagem, o qual vem sendo adaptado da literatura com valores padrão que são utilizados na maioria dos serviços que adotam o modelo estruturado de triagem.

O período de tempo estipulado para os enfermeiros realizarem a Triagem/Classificação de Risco vem sendo discutida em todo o mundo, resultando em concordância parcial quanto à medida de tempo descrita nos protocolos para o enfermeiro realizar a classificação de risco. Castner (2011) refere que o trabalho do enfermeiro na triagem, em termos de tempo real para a avaliação do paciente pode variar de dois a 10 minutos. Já Jiménez (2006) considera que de dois a cinco minutos é um tempo padrão para o enfermeiro avaliar e realizar a triagem do paciente (JIMÉNEZ, 2006).

Andersson, Omberg e Svedlud (2006) em estudo sobre a opinião de enfermeiras do departamento de emergência de um hospital rural da Suécia referem que o objetivo do trabalho do enfermeiro na triagem é de que o paciente possa ser avaliado e lhe fornecido uma prioridade de atendimento em um período de tempo menor que 10 minutos, com a probabilidade de garantir segurança. Os enfermeiros entrevistados no estudo consideraram irrealista conseguir avaliar os pacientes no tempo de dois minutos. De acordo com os autores, o enfermeiro é treinado com foco humanista, e isso os enfermeiros pensam que é difícil tomar decisões baseando-se unicamente em determinantes clínicos (ANDERSSON; OMBERG; SVEDLUD, 2006).

Estudo de Weber, Mcalpine e Grimes (2011) identificou que, em pacientes de alta acuidade, menos da metade foram triados em até 10 minutos após a chegada ao departamento de emergência, com exceção dos pacientes trazidos de ambulância. Durante os picos de atendimentos, o período de tempo da chegada do paciente até a conclusão da triagem com avaliação completa incluindo sinais vitais, aumentou, chegando a 30 minutos de espera para realização da triagem.

Hitchcock et al. (2013) realizaram estudo que buscou identificar potenciais problemas e vulnerabilidades que podem afetar o processo de triagem em departamentos de emergências. Entre os problemas encontrados, houve destaque para a avaliação de triagem por longo período de tempo, gerando atrasos para pacientes que ingressam no serviço e conseqüentemente aumento do tempo de espera para a avaliação médica dos pacientes em períodos de tempo maiores que os recomendados. Assim, houve filas de pacientes que aguardam a triagem e, ao mesmo tempo, chegavam outros pacientes urgentes de ambulância, o que levou a sobrecarga dos enfermeiros que desenvolviam essa atividade. De acordo com os autores, quando o departamento de emergência fica superlotado, há dificuldade de realizar a triagem dos pacientes nos prazos recomendados. Tal fato é conseqüência tanto da falta de áreas de tratamento disponíveis, pois as existentes já estão com sua capacidade esgotada, como da falta de leitos no hospital para os pacientes que aguardam a transferência para internação.

Os supracitados autores referem que os enfermeiros da Triagem têm que tomar uma decisão rápida para manter o fluxo de pacientes a serem atendidos. Assim, às vezes, em um esforço para classificar o risco de cada paciente com rapidez, os enfermeiros podem perder alguma informação ou deixar de considerar algum sintoma relatado pelo paciente e até mesmo informar parcialmente sobre o sistema de triagem (HITCHCOCK et al., 2013). Nesse sentido, os enfermeiros têm a responsabilidade de realizar a tomada de decisão quanto à prioridade de atendimento de cada um dos pacientes que ali se apresentam. As decisões clínicas dos enfermeiros na Classificação de Risco influenciam o tempo de espera por atendimento. Desta forma, os enfermeiros poderão ou não estabelecer o nível de triagem ou da classificação adequadamente.

Pesquisadores têm realizado estudos com a intenção de comparar a categoria de prioridade de risco da triagem determinada pelos enfermeiros com um valor padrão, isto é, a acurácia das priorizações desenvolvidas na triagem (CONSIDINE; UNG; THOMAS, 2000; VAN DER WULP; VAN BAAR; SCHRIJVERS, 2008). Situações em que é desconsiderado algum elemento da condição clínica do paciente, geram um nível de

atendimento subestimado, identificado no exterior como sub-triagem (*undertriage*), ou seja, o nível em que o paciente foi classificado nos serviços de urgência está com prioridade de atendimento inferior ao que deveria estar. Nesse caso, quando são classificados como não urgentes ou pouco urgentes, pode trazer conseqüências adversas ao paciente (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA 2012; VAN DER WULP; VAN BAAR; SCHRIJVERS, 2008).

A Classificação de Risco pode também ser superestimada (*overtriage*), a qual representa a situação de pacientes não urgentes ou pouco urgentes serem classificados como muito urgentes nos serviços de urgência. O maior problema da Classificação de Risco superestimada é o consumo de recursos e tempo do serviço para pacientes que poderiam ser direcionados para outro serviço da rede de atenção. No entanto, o erro de superestimar o risco, apesar de ser falha, não compromete a segurança do paciente (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA 2012; VAN DER WULP; VAN BAAR; SCHRIJVERS, 2008).

Outro estudo investigou as razões para a triagem inadequada de pacientes mais velhos, os quais se apresentam ao departamento de emergência e são submetidos ao ESI. Os achados detectaram que a triagem inadequada ocorreu em 132 de 519 casos estudados. A subtriagem foi muito mais comum do que a triagem superestimada (117 versus 15 casos). As principais razões para subtriagem foram, em primeiro lugar, a negligência às situações de alto risco (29 casos- 24,8%), por vezes a combinação com sinais vitais anormais (04 casos- 3,4%) ou em combinação com grave dor/sofrimento (03 casos-2,6%). Em segundo lugar, interpretação inadequada dos sinais vitais resultou em subtriagem (20 casos-17,1 %) em combinação com situações de alto risco (04 casos-3,4 %) ou com alteração do estado mental, (01 caso - 0,9 %). O estudo detectou que os pacientes mais velhos estavam em risco de subtriagem (GROSSMANN et al., 2012). Esses autores referem que isto poderia resultar na omissão de avaliação de sinais vitais em triagem para economizar tempo ou na atribuição de um nível de triagem menos agudo do que o necessário para evitar dificuldades na colocação do paciente. Assim, a conseqüência é a diminuição da qualidade prestada.

No entanto, autores destacam que o sistema de Triagem estruturada por meio de protocolos é uma ferramenta de triagem confiável e válida, mas que programas de treinamento devem enfatizar a importância dos sinais vitais quando da aplicação do protocolo classificatório para pacientes mais velhos. E que o pessoal de triagem deve

estar ciente do risco de subtriagem, devido à vulnerabilidade deste grupo de pacientes (GROSSMANN et al; 2012).

No cenário nacional há poucos estudos relativos ao tempo utilizado pelo enfermeiro na realização da Classificação de Risco. Nascimento et al. (2011b) ressaltam que a Classificação de Risco ocorre em um ambiente de trabalho no qual o tempo é limitado, as atividades são inúmeras e a situação clínica dos pacientes exige do profissional uma avaliação rápida, priorizando o atendimento daqueles que se encontram com risco de agravamento. Conforme, os autores, o número elevado de usuários não urgentes também contribui para o atendimento inadequado oferecido, pois a realização da avaliação de usuários com pequenos agravos pode consumir o mesmo tempo gasto no seu tratamento (NASCIMENTO et al., 2011b). Na situação brasileira, também devem ser levados em conta outros fatores, como o tempo até o atendimento final ou o deslocamento para outro serviço de saúde.

Portanto, o gerenciamento do tempo durante todo o processo de triagem/classificação de risco tem sido utilizado como um instrumento de trabalho no sentido de facilitar o fluxo, mas também como um indicador de qualidade. Assim, os enfermeiros sofrem pressões em relação ao limite de tempo preconizado para realizar as avaliações na classificação, em função das auditorias passíveis de realização e da demanda excedente que reclama por atendimento. Nesse contexto, pode haver dificuldades no desenvolvimento da triagem nos prazos determinados e o risco de ocorrer inadequações na priorização do risco pelos enfermeiros.

**No entanto, os participantes da terceira rodada concordaram em 90,8% de que o protocolo de classificação de risco estabelece prioridades de atendimento que os enfermeiros concordam.**

A concordância dos enfermeiros com as premissas que fundamentam os protocolos de Classificação de Risco deve-se à procedência dos mesmos. De acordo com Fitzgerald et al. (2010) os protocolos foram embasados na prática dos enfermeiros, de organizar as filas de atendimentos nos serviços para identificar os pacientes para serem atendidos (FITZGERALD et al., 2010). Sequencialmente, a triagem foi sendo organizada a partir da opinião de especialistas, que realizaram o design de fluxogramas de tomada de decisão para suportar a avaliação do risco clínico e a definição do nível de urgência (prioridade de atendimento) (MOLL, 2010). Tais protocolos foram sendo organizados no sentido de aprimorar o exercício da atividade do enfermeiro na Triagem/Classificação de

Risco e facilitar o processo de tomada de decisão, tendo em vista o gerenciamento do acesso e fluxo de pacientes nos serviços de urgência (FITZGERALD et al., 2010).

Os protocolos de cinco níveis são considerados padrão-ouro para padronizar o atendimento na triagem em serviços de emergência no mundo. Os melhores são o ATS, CTAS, MTS, e ESI, os quais possuem validade satisfatória e muito boa revalidação (CHRIST et al., 2010).

No entanto, estudo de Storm-Versloot et al. (2011) realizou a comparação entre protocolos formais (MTS, ESI) e um sistema informal de Triagem, determinando a validade dos dois sistemas de Triagem estruturada e do sistema local de Triagem e sua relação com a permanência ou não dos pacientes no departamento de emergência. Os autores alertam que usando os sistemas de Triagem estruturada, a maioria de pacientes com nível de urgência I e II podem ter sido subtriados. Os pacientes podem ser avaliados para menos ou para mais e ocorrer o agravamento de sua condição clínica. O sistema informal, no entanto pode avaliar o risco do paciente utilizando outras prioridades.

Como exemplo, os autores citam pacientes com acidente vascular cerebral, os quais podem ser vistos imediatamente e iniciar com tratamento tromboembólico, com o sistema informal utilizado no local do estudo, pois existe um protocolo específico para esse tipo de paciente, sendo considerado como máxima prioridade. Usando o sistema de Triagem estruturada esses pacientes poderiam ser classificados como nível II (ESI) ou como laranja (MTS) demorando ainda 10 minutos para serem atendidos (STORM-VERSLOOT et al., 2011).

Os protocolos utilizados pelos enfermeiros do presente estudo foram o Sistema Manchester de Classificação de Risco (MTS), o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), o Emergency Severity Index (ESI) e adaptações institucionais, geralmente do AACR. No Brasil, a adaptação do protocolo de Classificação do Risco em serviços de saúde é facultada por orientações validadas pelo Ministério da Saúde, para a possibilidade de elaborarem protocolos de classificação de risco, desde que sejam respeitadas as diretrizes propostas (BRASIL, 2011).

No presente estudo, os enfermeiros participantes indicaram consenso de concordância em relação aos fluxogramas e prioridades estabelecidas pelos protocolos. No entanto, o enfermeiro, além da utilização dos fluxogramas de priorização dos protocolos deve incluir a mensuração de dados fisiológicos (a avaliação de sinais vitais) e o conhecimento adquirido durante o tempo de experiência na avaliação e classificação de

risco de serviços de urgência. Deve ser levado em conta que o raciocínio e a sensibilidade do profissional não poderão ser engessados pela utilização dos protocolos classificatórios.

**Os participantes do estudo discordaram (78,5%) de que os protocolos de classificação de risco sejam avaliados continuamente para assegurar a sua aplicabilidade na definição de prioridades de atendimento de acordo com o risco dos pacientes.**

O sistema de Classificação de Risco apresenta alguns elementos de validade: a garantia de critérios uniformes ao longo do tempo e com diferentes equipes de saúde; a triagem com fundamentação científica; pode ser desenvolvido por médicos e enfermeiros; a segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde e a possibilidade de auditoria para avaliação de sua eficiência (CORDEIRO Jr., 2008).

A exigência de auditorias interna e externa, periódicas, decorrem da adesão das unidades de urgência ao modelo de Triagem. As auditorias têm a finalidade de determinar se as atividades e resultados relativos ao sistema de Triagem satisfazem os requisitos previamente estabelecidos e se estão efetivamente implantados (MARQUES; FREITAS, 2008). Assim, aos serviços caberá a responsabilidade de garantir as condições para a implementação do sistema de triagem e a utilização dos resultados para a melhor gestão dos serviços de urgência.

Além dos processos de auditorias, são utilizados critérios para julgar uma boa dimensão das escalas ou protocolos classificatórios. Esses critérios consistem na viabilidade, validade e repetitividade. A validade refere-se ao grau em que o sistema de triagem prevê a urgência. A validade do constructo aborda a lógica da estrutura e sua aplicação e comparação com outras medidas de relevância para urgência e gravidade. A validade de resultado descreve a capacidade da medida para prever com precisão os resultados. Repetitividade descreve a capacidade da avaliação para ser replicado em circunstâncias similares por outros indivíduos (FITZGERALD et al., 2010).

Também, a avaliação de sistemas de Triagem envolve a confiabilidade. A maioria dos estudos sobre os sistemas de triagem consistem na concordância entre examinadores. Os resultados da concordância entre estudos dependem da univocidade e integralidade do sistema e a precisão da enfermeira. Porém, o uso extensivo de sistemas de Triagem na prática diária, nos serviços de atenção às urgências, contrasta fortemente com o número limitado de estudos que validam sistemas de triagem (MOLL, 2010).

O estudo de Van Der Wulp, Van Baar e Schrijvers (2008) avaliou a validade e a confiabilidade do protocolo de Manchester na população em geral. A sensibilidade

encontrada para identificar pacientes em estado de urgência foi de 53,2% e a especificidade de 95,1%. Foi demonstrada confiabilidade substancial inter-observadores e alta confiabilidade no re-teste.

Outros estudos estão sendo realizados para avaliar o uso dos protocolos classificatórios na demanda pediátrica mediante comparação das categorias do protocolo de Manchester com uma classificação de referência independente pré-definida. A sensibilidade foi de 63% e a especificidade de 79%. O estudo conclui que a validade é moderada e necessita estudos de fluxogramas específicos, discriminadores e grupo de idade para os quais o Sistema de Triagem Manchester tem baixa validade. Apesar de falhar, a triagem superestimada é maior que a subestimada, o que proporciona segurança (VAN VEEN; MOLL, 2009).

No Brasil, ainda são escassos os estudos que avaliam a validade das escalas de classificação de risco. Entre eles podemos destacar o estudo de Souza et al. (2011) que teve o objetivo de verificar o grau de concordância entre um protocolo institucional e o protocolo de Manchester, para a classificação de risco de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital público de Belo Horizonte. Os resultados identificaram que o protocolo de Manchester “aumentou o número de pacientes classificados como vermelho, verde e azul, e diminuiu os pacientes classificados como laranja e amarelo, quando comparado a cada nível de prioridade” de acordo com o protocolo do hospital estudado (SOUZA et al., 2011, tela 7).

Os resultados mostraram que a concordância entre os protocolos é média, quando considerados os erros de classificação, ocorridos entre cores vizinhas ( $Kappa=0,48$ ) e boa quando considerados os erros de classificação, ocorridos entre cores extremas ( $Kappa=0,61$ ). Conclui-se que o protocolo de Manchester aumentou o nível de prioridade dos pacientes, demonstrando ser protocolo mais inclusivo que o protocolo do Hospital (SOUZA et al., 2011).

Em outro estudo desenvolvido em 2013, sobre o grau de concordância entre os níveis de prioridade atribuídos no AACR, realizado pelos enfermeiros, em relação ao protocolo institucional e entre os pares, destacou a tendência de classificação dos usuários com graus de risco menos graves do que o estabelecido no protocolo institucional. Em contrapartida, em alguns casos, foi observada tendência de superestimação do risco, o que pode determinar sobrecarga dos serviços de emergência por aumento na demanda de atendimento (OLIVEIRA et al., 2013).

Estudo de Pinto Jr. et al. (2012), que avaliou a capacidade preditiva do protocolo de Manchester em um Hospital Municipal de MG, por meio da Therapeutic Intervention Score System (TISS), concluiu que o MTS é um protocolo que permite predizer quais os pacientes que poderão se agravar durante o período de permanência no serviço de emergência.

No entanto, para Fitzgerald et al. (2010) a variedade de escalas de triagem demonstra as dificuldades inerentes ao desenvolvimento de uma abordagem consistente que se encaixa em diferentes circunstâncias sociais, sistemas de saúde e modalidades de financiamento. Neste sentido, os autores referem que não é o problema dos protocolos de triagem, mas o que temos feito com os pacientes após serem triados.

Assim, levando-se em consideração que os enfermeiros não consideram que os protocolos de classificação de risco são reavaliados periodicamente, destaca-se a necessidade de estudos sobre a validade dos constructos e resultados tendo em vista a realidade nacional, a qual se apresenta diferente daquela em que foram criados os protocolos de Triagem/Classificação de risco.

**Quanto à reavaliação da situação clínica dos pacientes durante o período de espera por atendimento, 73,8% dos participantes discordaram que isso ocorra.** A reavaliação do paciente não foi indicada como uma das ações definidas para o enfermeiro desenvolver na atividade de classificação de risco. Esse resultado aponta uma fragilidade da Classificação de Risco, pois há a necessidade de reavaliação do paciente até que receba tratamento direcionado para a resolução de seu problema.

Tal afirmativa vem sendo corroborada pela literatura internacional. Estudo de Hitchcock et al. (2013) indicou que o tempo prolongado para promover a avaliação ou reavaliação pode resultar em falta de componentes importantes da condição clínica do paciente para classificar o risco de acordo com a gravidade e a possibilidade da ocorrência de erros na triagem ou alocação inapropriada da categoria durante a triagem.

A Triagem/Classificação de Risco de acordo com Jiménez (2006) tem por objetivo garantir a reavaliação periódica dos pacientes, porém essa função não é determinada por todos os protocolos classificatórios. O CTAS prevê a reavaliação durante o período que aguardam pela consulta médica, assim como o ATS, pois são entendidos como sistemas abertos sem a presença de algoritmos para a classificação (FITZGERALD et al., 2010; FARRONHKNIA et al., 2011).

Estudo de Yurkova et al. (2011) analisou os fatores que afetam o tempo de transferência de pacientes considerados graves entre o departamento de emergência e a



unidade de terapia intensiva (UTI) com a utilização do sistema ESI. A atribuição de triagem incorreta no sistema ESI direciona a trajetória do atendimento do paciente, porque os enfermeiros e demais membros da equipe não podem rever a avaliação inicial, em função do princípio de estabilidade que uma designação nível III do ESI implica. Os autores descrevem que os pacientes com septicemia contribuíram para o maior grupo de pacientes em atraso, o que sugere que os profissionais não estão observando os sinais e sintomas críticos em estágios iniciais de septicemia e de outras situações de adoecimento. Assim, os autores concluem que há desafios sobre a triagem, pois há uma dependência excessiva no protocolo e uma insuficiência de avaliação de sinais fisiológicos para determinar acuidade. Este fator pode também desempenhar um papel na subtriagem e posterior atraso para os pacientes.

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, prevê a continuidade do processo durante o período em que o usuário estiver sendo atendido no serviço de urgência (BRASIL, 2009). Bellucci Jr. e Matsuda (2012) na avaliação do AACR, a partir de um instrumento criado pelos autores, identificaram que o item “Reavaliação dos casos em espera” foi considerado como regular. Em outro estudo em que houve a aplicação do mesmo instrumento de avaliação do AACR em dois serviços de emergência nacionais, no quesito de reavaliação do usuário pelo enfermeiro, durante o tempo de espera pelo atendimento no Serviço de emergência hospitalar, observaram que não houve concordância de que a reavaliação do paciente ocorra pelos profissionais entrevistados no estudo (VITTURI et al., 2013).

No referido estudo, os autores concluíram que há necessidade da reavaliação durante o tempo que o usuário espera por atendimento, em função da possibilidade de piora ou deterioração da condição clínica do paciente após a triagem inicial ou, ainda, ocorrer exacerbação de sinais e sintomas inicialmente despercebidos na classificação de risco. A preocupação com tal fato refere-se à questão fundamental para a segurança do paciente e para a qualidade dos serviços de urgência (VITTURI et al., 2013).

Também estudo de Souza et al. (2011) apresentaram em seus achados que o protocolo de Manchester se mostrou falho para detectar os casos de pacientes que tiveram deterioração clínica após ter passado pela classificação de risco. Tal resultado vem ao encontro da opinião dos enfermeiros participantes desta rodada, que discordaram que o enfermeiro realiza a reavaliação do paciente enquanto esses aguardam o atendimento no serviço de urgência.

**Entre as questões que não obtiveram consenso em todas as rodadas destaca-se a afirmativa de que o enfermeiro encaminha pacientes não urgentes para serviços de atenção primária e ambulatoriais (69,2%).**

A situação da dificuldade de encaminhamentos do serviço de urgência através de referência e de contra-referência para a atenção básica em saúde tem sido destacada em estudos nacionais (NASCIMENTO et al., 2011a ; ROSSANEIS et al., 2011). Em estudo de Dal Pai e Lautert (2011), os profissionais de enfermagem que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco revelaram desconhecer o funcionamento da rede de saúde do Município e os reais limites enfrentados pelos usuários quando buscam os serviços de atenção primária. Além disso, os profissionais identificam no seu trabalho uma sensação de um “discurso vazio”, segundo essas autoras, isto é, a ausência de um sistema de contra-referência que sustente a orientação dada ao paciente.

A avaliação do AACR em serviços de emergência realizada por Bellucci Jr. e Matsuda (2012) referente ao item “Encaminhamentos de contra-referência” foi avaliado como precário. De acordo com os autores os arranjos organizados para implantar a rede de atenção às urgências, não tem dado conta da realidade dos problemas de saúde da população e o acesso dos mesmos ao sistema de saúde continua sendo, na maioria das vezes, por meio das portas hospitalares e não hospitalares de urgência. Não há o estabelecimento dos mecanismos de referência e contra-referência nos serviços de urgência e assim os pacientes classificados como verdes e azuis podem ter seu atendimento prejudicado, porque a classificação pode se tornar superficial e inadequada, o que, pode significar riscos à população (VITURI et al., 2013).

Acrescenta-se, a essa questão, a cultura popular de que a atenção às urgências constitui-se em portas de acesso ao sistema de saúde com garantia de atendimento, o que resulta em superlotação dos serviços. Howard et al. (2005) em pesquisa qualitativa sobre a perspectiva dos pacientes que escolhem os serviços de urgência para cuidados considerados como não-urgentes, em Indiana, EUA, demonstraram que os usuários querem ter acesso aos serviços de saúde de forma rápida, conveniente. Os autores referem que os participantes do estudo acreditavam que os serviços de urgência hospitalar têm esse objetivo e que não conseguiam acesso a serviços da atenção primária em saúde.

Além disso, a procura de atendimento nos serviços de emergência pode estar ligada à disponibilidade e facilidade de acesso aos cuidados de saúde que são ofertados. Os usuários confiam nesse serviço, pois fornecem atendimento mais rapidamente do que

outros serviços de saúde funcionam durante 24 horas e o acesso é facilitado em comparação com a Atenção Primária à Saúde (DURAND et al., 2010).

Conseqüentemente, ocorre demora no período de espera em função do quantitativo elevado de pacientes em detrimento à oferta de consultas previstas nos serviços, e por vezes, descontentamento dos usuários e da equipe de trabalho (SOUZA; BASTOS, 2008). O serviço de urgência caracteriza-se, assim, pelo número excessivo de pacientes em um ambiente superlotado, onde se encontram pacientes que aguardam por atendimento com situação clínica que não exige intervenção de urgência e pacientes instáveis do ponto de vista fisiológico e hemodinâmico os quais necessitam de atendimento imediato (ZANELATTO; DAL PAI, 2010; SOUZA et al., 2011; NASCIMENTO et al., 2011).

Estudo de Vituri et al. (2013) destaca que a rede básica de saúde, impreterivelmente, deveria estar apta a atender essa demanda, caso contrário, os objetivos do ACCR não serão completamente atingidos. Neste sentido, destaca-se a falta de articulação entre a Atenção Primária em Saúde e a Rede de Atenção às Urgências e a dificuldade de garantir o acesso e atendimento da atenção básica, que acarretam a busca da população pelos serviços de urgência gerando a elevada demanda de pacientes com situação em que o risco é classificado como não urgente (MORAIS; MELLEIROS, 2013).

Autores vêm enfatizando que a classificação de risco, implantada apenas nas portas de entrada dos serviços de urgência, não têm oportunizado a igualdade de acesso à população. Assim, destacam que a atenção básica deve se responsabilizar pelo acompanhamento longitudinal da situação de saúde dos usuários. Desta forma, os serviços de urgência hospitalares e não hospitalares (Unidades de Pronto Atendimento) se manterão como serviços para o ingresso do usuário no sistema de saúde, porém não substituindo a responsabilidade da Atenção Primária em Saúde (NONNENMACHER; WEILLER; OLIVEIRA, 2012).

Em estudo de Guedes, Henriques, Lima (2013) os usuários mencionaram dificuldades em inúmeros outros serviços da atenção básica, como demora pelo atendimento, que aliada à estrutura inadequada e a falta de material descartável, equipamentos e recursos humanos. Esses fatores causam indignação e descontentamento dos usuários, o que justifica a procura pelos serviços de urgência.

No entanto, em estudo sobre a percepção dos acompanhantes acerca da humanização do atendimento prestado ao paciente na unidade de emergência hospitalar,

os achados indicam que os acompanhantes entendem que a prevenção e a promoção de saúde têm importância para o cuidado prestado pelos serviços e possibilita uma diminuição da procura da rede de urgência (ANDRADE et al., 2009).

De acordo com Mendes (2011) o sistema de Classificação de Risco é uma ferramenta que possibilita a comunicação, corresponsabilização e regulação do tempo real dos fluxos e do transporte entre os serviços, nas Redes de Atenção às Urgências e Emergências. Além disso, a localização adequada do paciente em cada serviço, por meio da classificação de risco, permite diminuir a demanda excessiva dos serviços de urgência que contam com maior densidade tecnológica. Os pacientes considerados como não urgentes (azuis e verdes) seriam prioritariamente atendidos na atenção primária à saúde.

Nascimento et al. (2011b) destacam que os níveis de atenção à saúde compõe uma rede de recursos, complementar às ações de saúde previstas para os usuários, por meio de pactuações prévias. Neste sentido, os resultados do estudo de Randow et al. (2011) sobre a articulação da Atenção Primária à saúde com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) indicam que a formulação de políticas entre os diferentes serviços ofertados aos usuários se traduzem como elementos fundamentais para a constituição da rede de atenção. Os autores destacam a definição e o estabelecimento de fluxos viabiliza a referência e a contra-referência na organização da rede.

Ressaltam que as dificuldades de acesso dos usuários a Atenção Primária à Saúde resultam na procura da UPA e outros serviços de urgência como oportunidade de solucionar seus problemas, ainda que não sejam urgentes ou emergenciais. Concluem que as pactuações que produzam a complementariedade e a interdependência entre os diferentes serviços são fundamentais na definição de responsabilidades e na conformação da rede assistencial (RANDOW et al., 2011).

No cenário internacional, estudos destacam como estratégia dos pacientes após as avaliações de triagem, o encaminhamento para outros serviços e, assim, reduzir a superlotação dos departamentos de emergência. Porém essa estratégia, não tem sido vista como adequada, porque confunde a finalidade e a natureza da Triagem. Não existe uma associação simples entre as categorias de triagem de menor urgência e o comparecimento considerado como inadequado no departamento de emergência (FITZGERALD et al., 2010).

Vertesi (2004) utilizando o CTAS registrou em seus achados que, as categorias IV e V dos pacientes constituíram uma pequena proporção de pacientes que usaram macas, 7% deles haviam internado e que o encaminhamento destes pacientes após a avaliação de

triagem teve pouco impacto sobre a capacidade do departamento de emergência, podendo criar um risco inaceitável de recusa de atendimento. Schull et al. (2007) mostraram que os pacientes de baixa complexidade não foram associados com aumentos significativos em relação ao tempo de atendimento de outros pacientes, em condição clínica grave no departamento de emergência e, portanto, não são indicadores de superlotação.

Assinala-se que, apesar das diferentes realidades apresentadas no estudo, aos serviços de urgência aporta um número excessivo de pacientes. A questão do encaminhamento na Triagem/Classificação de Risco para pacientes não-urgentes serem atendidos na rede de Atenção Primária em Saúde é um assunto controverso, até mesmo na literatura internacional como já foi apresentado. Na realidade nacional, frente à falta de recursos humanos e materiais na rede de atenção básica e da dificuldade de obter uma consulta com especialidades, o serviço de urgência torna-se a saída para a resolução dos problemas de saúde dos usuários. Diante desse quadro, os enfermeiros que atuam na Classificação de Risco não conseguiram estabelecer um consenso em relação ao encaminhamento para a Atenção Primária em Saúde, o que pode representar uma fragilidade do Sistema de Classificação de Risco no panorama da Rede de Atenção às Urgências.

**Não houve consenso em relação à afirmativa de que o dimensionamento do número de enfermeiros por turno de trabalho será suficiente para realizar a Classificação de Risco. Na terceira rodada 64,6% concordaram e 35,4% não concordaram.** É importante ressaltar que na segunda rodada houve consenso de discordância entre os participantes (72%) que não concordaram que o número de enfermeiros é suficiente para o desenvolvimento da classificação de risco, remetendo para a terceira rodada a decisão sobre a suficiência da quantidade de enfermeiros para realizar a classificação de risco no futuro.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é responsabilidade do enfermeiro, o qual define a previsão do quantitativo suficiente de profissionais para desenvolver o processo de trabalho (INOUE; MATSUDA, 2009). A finalidade do dimensionamento de enfermagem diz respeito à previsão dos profissionais, gerando uma garantia da efetividade do trabalho da equipe e devido atendimento ao paciente com relação às suas necessidades (CAMPOS; MELO, 2007). Nas instituições de saúde, mais especificamente no hospital, se opera em jornadas ininterruptas nas 24 horas. Esse tipo de organização obriga os trabalhadores de enfermagem se ajustar em turnos. Portanto, há necessidade

completar o número suficiente de profissionais para prestar a assistência de enfermagem desejada em cada turno de trabalho.

Inoue e Matsuda (2009) ressaltam que o número adequado de profissionais da equipe é premissa indispensável para o cuidado de qualidade e faz parte da estrutura do serviço que contribui para a obtenção ou manutenção de condições favoráveis no ambiente de trabalho. Os autores também afirmam que adequar quantitativamente os profissionais de enfermagem às necessidades do serviço pode diminuir a sobrecarga de trabalho e como consequência a redução de risco à saúde dos pacientes.

Estudo sobre o atendimento em serviço de emergência na opinião dos acompanhantes em serviço de urgência de Fortaleza- CE ressaltou, em seus achados, que há carência de profissionais no ambiente emergencial, daí a demora no atendimento que põe em risco a qualidade da assistência. Também consideram que há escassez de novos profissionais para a mudança dessa realidade (ANDRADE et al., 2009).

Oliveira, Silva, Costa (2012) em revisão bibliográfica referem que nos serviços de urgência a demanda excessiva gera superlotação nessas unidades, sendo que na região Nordeste do Brasil essa situação é agravada, pois não conta com contingente adequado de enfermeiros nos serviços de urgência. Tal fato pode significar sobrecarga laboral para esses profissionais. A sobrecarga de trabalho, a insuficiência de recursos humanos e de materiais e tecnológicos para suprirem a demanda, constituem em grave problema de saúde pública nesta região (OLIVEIRA; SILVA; COSTA, 2012).

Em estudo de avaliação de emergências hospitalares pelo Programa QUALISUS, foram avaliados 08 hospitais públicos de 04 estados (RJ, RGS, PE, SE). A existência de vários tipos de vínculos, alguns temporários, dificulta a fixação do profissional e aumenta a necessidade de investir no dimensionamento e na qualificação dos mesmos (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009)

Também no Paraná, em estudo sobre as condições do serviço de pronto socorro, foi identificada a necessidade de ampliar o espaço de trabalho e de atendimento, porque a demanda de pacientes é maior do que a capacidade instalada, bem como a contratação de mais profissionais (MARCIAK; SANDRI; SPIER, 2009).

O COFEN legaliza a atividade de classificação de risco para o exercício profissional do enfermeiro, porém não determina o quantitativo exigido. Assim, frente a todas essas dificuldades os participantes do estudo não concordaram que no futuro o número de pessoal atuante na classificação de risco será suficiente.

**Em relação à afirmativa de que o enfermeiro utiliza o conhecimento do perfil epidemiológico da população atendida para a realização da Classificação de Risco do paciente, também não houve consenso entre os participantes do presente estudo, sendo que 60% concordaram e 40% discordaram.**

Nos países desenvolvidos, a situação epidemiológica vem sendo dominada, pelas condições crônicas e os países em desenvolvimento encontram-se voltados predominantemente para responder às condições agudas e aos eventos agudos, decorrentes de agudizações de condições crônicas, geralmente de forma reativa, episódica e fragmentada (MENDES, 2011). Tais transformações no perfil epidemiológico da população obrigam os serviços de emergência a adequações focadas no atendimento às síndromes clínicas e cirúrgicas de emergência, incorporando os avanços terapêuticos, tecnológicos, organizativos específicos (BITTENCOURT; HORTALE, 2007). Uma das estratégias adotadas para organizar o ingresso e a priorização do atendimento nos serviços de urgência foi a implantação da Classificação de Risco, por meio da utilização de protocolos com atuação do profissional enfermeiro.

A não concordância de que há necessidade do conhecimento do perfil epidemiológico da população que é atendida pelos enfermeiros para a realização da classificação de risco reflete a forma como estão organizadas as redes de atenção à saúde, de forma a priorizar o atendimento individual, fracionando a assistência ao coletivo. Acrescenta-se, o fato dos protocolos serem internacionais, o que pode justificar a falta de consenso.

No entanto, os profissionais do presente estudo não obtiveram consenso a respeito desse quesito para a atuação dos enfermeiros na Classificação de Risco. Salienta-se que, no Brasil, a realidade de cada unidade federada apresenta um perfil epidemiológico diferente, o que pode influenciar nas decisões da Classificação de Risco. Os enfermeiros que atuam na Classificação de Risco terão que conhecer essas características da localidade em que estiverem atuando, para identificar e classificar o risco, priorizando o atendimento conforme a condição clínica do paciente esteja mais ou menos grave, levando em consideração as doenças sazonais presentes. Constata-se que essa consiste em uma das fragilidades da atuação dos enfermeiros na Classificação de Risco nos serviços de urgência.

O conhecimento epidemiológico da população poderia estar contemplado nas capacitações previstas, assim como sugestão para a utilização como critério nas definições dos protocolos utilizados. É importante destacar que o fator de urgência e o

tempo reduzido para a avaliação não torna desnecessário esse conhecimento para o enfermeiro da Classificação de risco. No entanto, esse não parece ser considerado como principal ponto para os enfermeiros participantes do presente estudo, em função de outras fragilidades que devem ser contempladas na Classificação de Risco. Uma estratégia seria a necessidade de reuniões periódicas da equipe de saúde com o serviço de vigilância para contextualizar o conhecimento epidemiológico nas decisões tomadas e possibilitar a qualificação da Classificação de Risco.



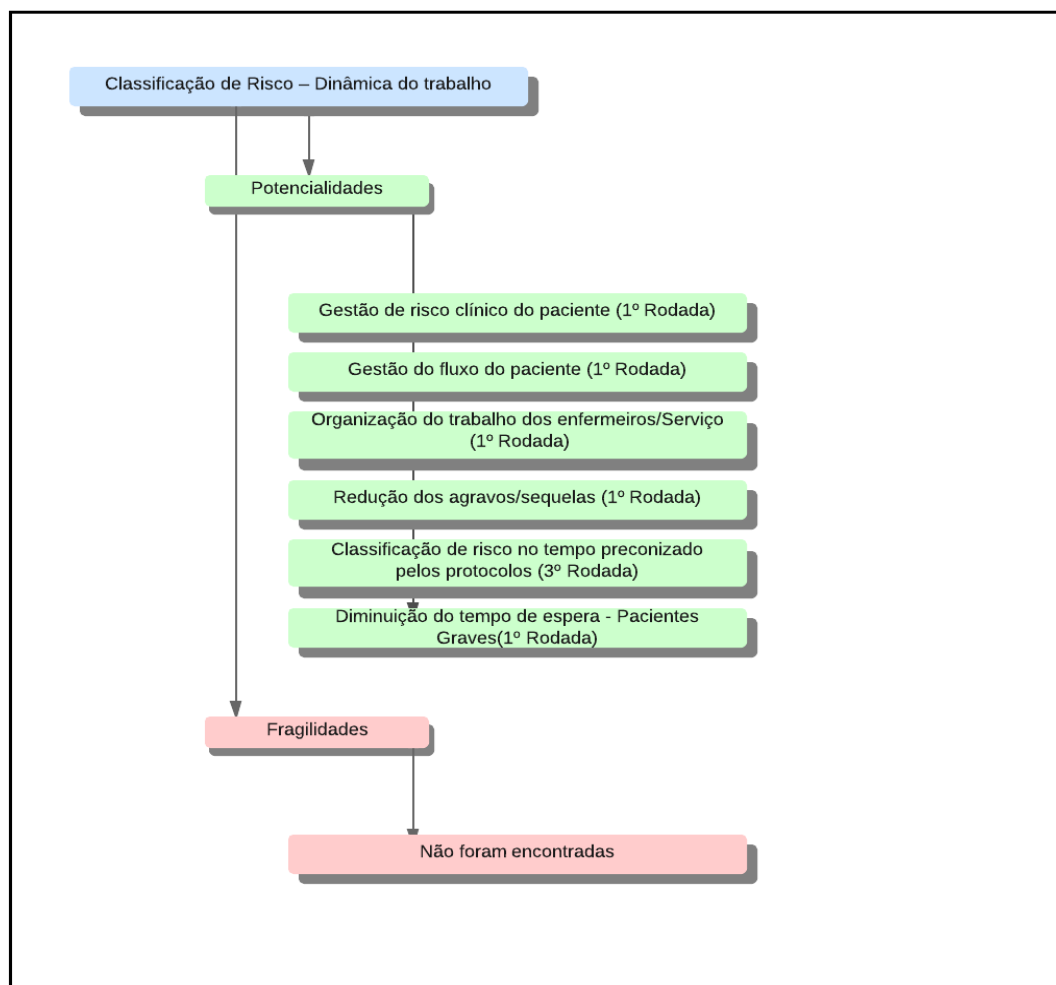
## 7 CONCLUSÕES

### 7.1- Potencialidades e fragilidades da Classificação de Risco

A partir da opinião dos enfermeiros, experts na atividade de classificação de risco, obteve-se a sistematização dessa atividade e a indicação de potencialidades e fragilidades e as tendências para o futuro, de acordo com o proposto por este estudo.

Os diagramas a seguir indicam sinteticamente as potencialidades e fragilidades conforme os resultados obtidos.

#### Quadro 2 - Diagrama de potencialidades e fragilidades da dinâmica da organização do trabalho na Classificação de Risco em serviços de urgência.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014

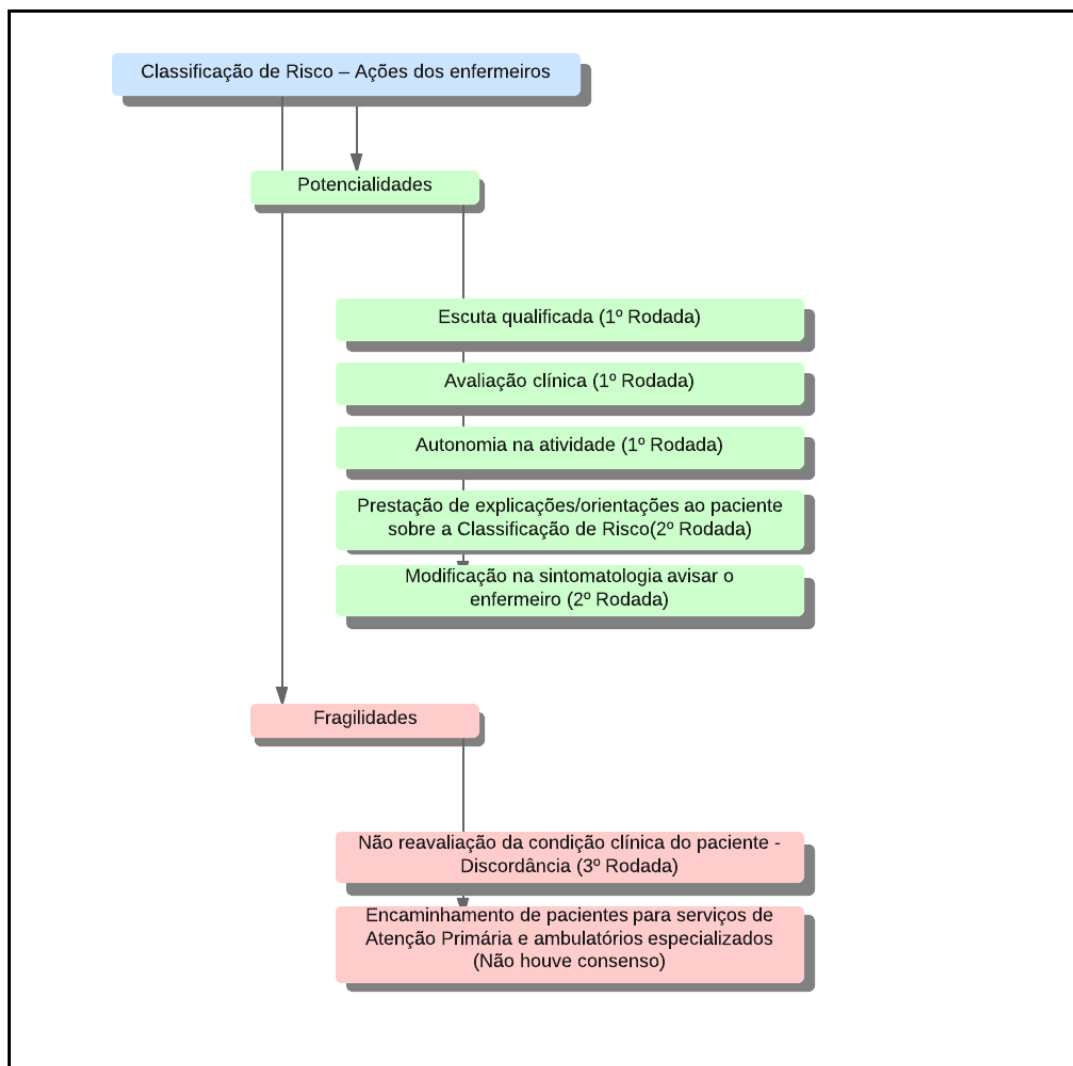
A primeira rodada demonstrou os aspectos que dizem respeito às potencialidades da atividade da classificação de risco, quanto à dinâmica do trabalho e seus resultados para a organização do fluxo e do atendimento ao paciente.

Foi consenso que a finalidade da classificação de risco é a avaliação do paciente e priorização do risco de acordo com a gravidade clínica. Conseqüentemente, a Classificação de Risco propicia a gestão clínica do paciente nos serviços de urgência, pois está diretamente relacionada à identificação e atendimento de suas necessidades.

Os enfermeiros concordaram que a Classificação de Risco possibilita a organização do fluxo de atendimento nos serviços de urgência utilizando a gravidade do paciente como critério para estabelecer a prioridade de atendimento, em detrimento à ordem de chegada. Dessa forma, a classificação de risco é um instrumento para o ordenamento do fluxo dos pacientes, de acordo com o critério de gravidade (risco).

A redução do tempo de espera dos pacientes graves pode ser sinalizada como uma das potencialidades da Classificação de Risco. A redução do tempo de espera dos pacientes que apresentam condições clínicas graves relaciona-se à possibilidade de diminuição da mortalidade no serviço. Considerando-se que a Classificação de Risco é um instrumento organizacional do trabalho dos enfermeiros nos serviços de urgência, conseqüentemente contribui para o gerenciamento do trabalho de enfermagem.

**Quadro 3 - Diagrama de potencialidades e fragilidades das ações do enfermeiro na realização da classificação de risco em serviços de urgência.**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014

As potencialidades indicadas em relação às ações dos enfermeiros na Classificação de Risco foram o desenvolvimento da escuta qualificada das queixas e dos antecedentes das condições de saúde, assim como a utilização de sinais e sintomas para a avaliação clínica e a classificação do risco, com a finalidade de tomada de decisão para priorização do atendimento. A escuta das queixas apresenta-se como habilidade importante na humanização da assistência nos serviços de urgência, desde que articulada ao compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelos usuários. Os enfermeiros, então, escutam o que os usuários informam ou solicitam, definem a queixa principal e categorizam o risco a partir da utilização do protocolo/escala.

No exercício da classificação de risco, a autonomia profissional despontou como uma das potencialidades na atuação dos enfermeiros. A Classificação de Risco foi implantada na maioria dos serviços de urgência do país, em consequência, houve necessidade de normatização pelo Conselho Federal de Enfermagem. Dessa forma, a realização dessa atividade é privativa dos enfermeiros. Além disso, os protocolos internacionais utilizados para Classificação de Risco contribuem para o exercício autônomo desta atividade pelos enfermeiros. Porém, não é somente a legalização do exercício profissional que atribui autonomia, mas também a liberdade de tomar a decisão quanto à categorização do risco, a definição do tipo de atendimento que o paciente necessita e seu direcionamento no serviço de urgência.

Para isso os enfermeiros esclarecem os pacientes sobre o significado das cores das pulseiras, o tempo de espera para o atendimento e que devem informar caso haja alguma modificação quanto à sua sintomatologia, no período em que aguardam pelo atendimento. A prestação de informações na atividade de classificação de risco é uma forma de reduzir conflitos com os usuários, principalmente quando ocorrem situações de superlotação do serviço. Levando-se em consideração que a Classificação de Risco ocorre em um tempo reduzido, tanto em função da demanda crescente nos serviços, como devido ao tempo determinado pelos protocolos e escalas classificatórios, os enfermeiros dispõem de um período de tempo geralmente inferior a três minutos para prestar todos os esclarecimentos que se fazem necessários. Assim, devido à pressão do tempo, os enfermeiros podem deixar de prestar alguma informação.

As fragilidades foram identificadas na atividade de Classificação de risco, pela discordância dos especialistas com as afirmativas apresentadas no Instrumento de pesquisa e pelo não estabelecimento de consenso na terceira rodada do estudo Delphi.

Dentre as fragilidades que podem ser apontadas com base na discordância com as afirmativas, está a reavaliação da condição clínica dos pacientes durante o período de tempo de espera pelo atendimento. A discordância de 73,8% sobre essa premissa ocorreu na terceira rodada do estudo, o que demonstra as dificuldades no estabelecimento do consenso.

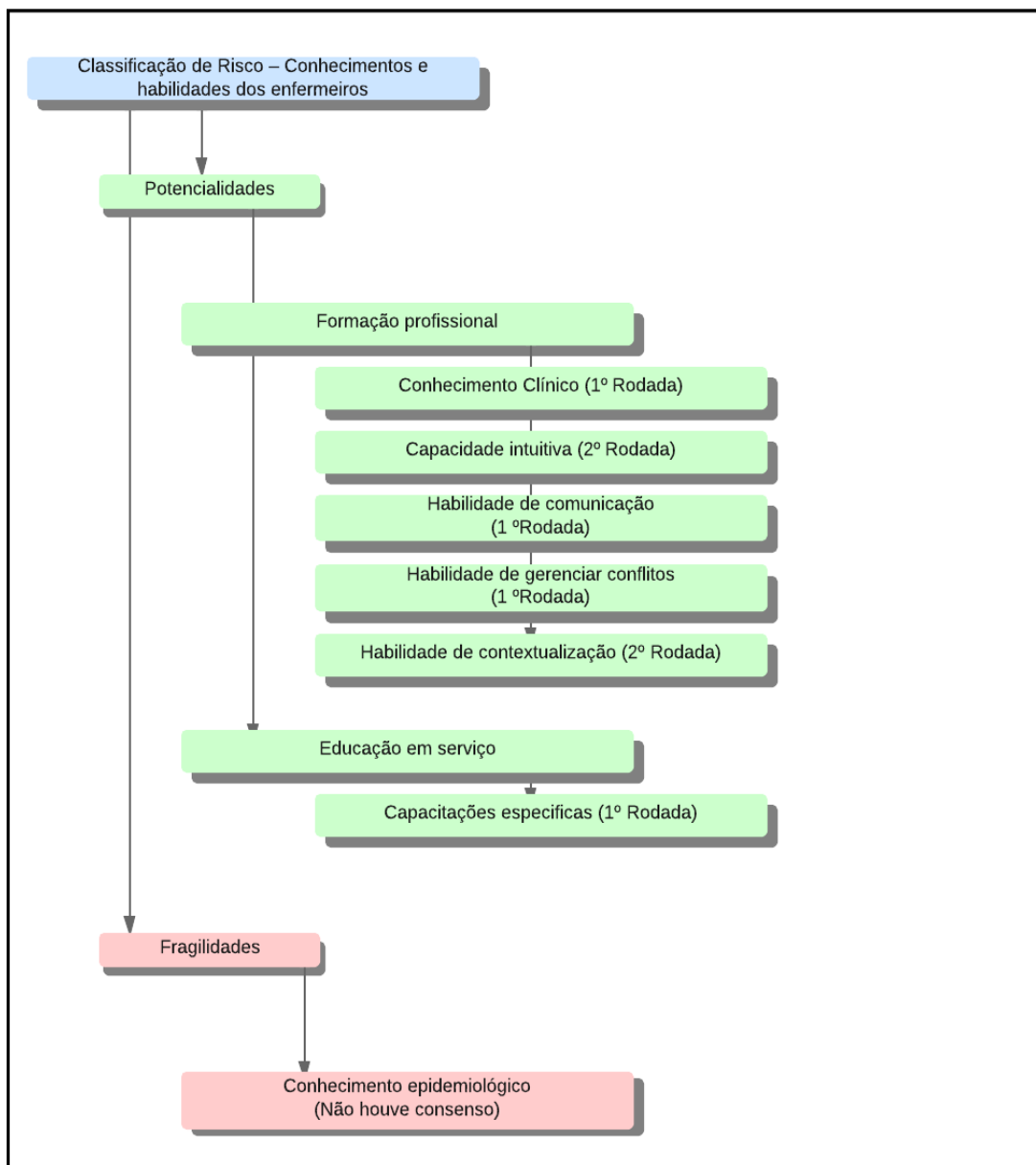
Entende-se que está é uma das fragilidades que devem ser destacadas na atuação dos enfermeiros, mas que pode estar relacionada a outros fatores, entre esses: a superlotação do serviço, a demanda de um grande número de pacientes ao serviço de urgência e a previsão de nível de prioridade e tempo de espera por atendimento estabelecida pelo protocolo/escala classificatório. O tempo de espera, por vezes, pode

acarretar agravamento da condição clínica dos pacientes. Desse modo, é fato que, sendo uma das ações previstas na Classificação de Risco, de responsabilidade dos enfermeiros, a não reavaliação dos pacientes durante o tempo que aguardam atendimento médico e o agravamento de sua condição, podem trazer prejuízos ao exercício profissional do enfermeiro.

Também, ressalta-se que a piora clínica dos pacientes implica em aumento do grau de complexidade da assistência, gerando necessidade de maior número de profissionais. No entanto, a reavaliação dos pacientes não foi considerada como uma das ações dos enfermeiros na Classificação de Risco.

Outra fragilidade indicada pelo não estabelecimento de consenso entre os especialistas foi o encaminhamento de pacientes classificados como não-urgentes pelos enfermeiros da classificação de risco aos serviços de atenção primária e ambulatorios especializados. Dessa forma, o não consenso entre os participantes do estudo, após três rodadas de interação, reflete a dificuldade dos profissionais em realizar essa ação ou a presença da dúvida quanto à possibilidade de fazê-lo, que está relacionada à falta de articulação e pactuação dos fluxos entre os serviços de saúde e da definição dos propósitos institucionais dos serviços da Rede de Atenção às Urgências.

**Quadro 4 - Diagrama de potencialidades e fragilidades de conhecimentos e habilidades necessários ao enfermeiro para a realização da classificação de risco em serviços de urgência**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014

Na primeira rodada, o conhecimento clínico foi indicado para a formação necessária para a realização da classificação de risco, para a tomada de decisão e priorização do atendimento ao paciente.

O conhecimento clínico dos enfermeiros constitui a base para a tomada de decisão clínica, ou seja, fundamenta a decisão sobre o nível de prioridade de risco e sobre o tempo que o paciente poderá aguardar, sem que ocorram danos ou agravamento de sua

condição clínica. O conhecimento clínico dos enfermeiros decorre do conhecimento científico e de suas experiências práticas no contexto da enfermagem.

A experiência profissional em Classificação de Risco foi identificada, na primeira rodada, como elemento importante para a realização dessa atividade. A experiência é utilizada para auxiliar na identificação das necessidades do paciente e qualificar a adequação da prioridade estabelecida para o atendimento. A experiência na prática diária da Classificação de Risco permite aos enfermeiros a habilidade para o reconhecimento de sintomas das doenças e a avaliação do paciente que ingressa no serviço de urgência. Neste sentido, a experiência somada ao conhecimento clínico adquirido contribui para a tomada de decisão do enfermeiro possibilitando o julgamento da prioridade de atendimento.

A capacidade intuitiva foi indicada, na segunda rodada, como elemento utilizado para a realização da classificação de risco pelos enfermeiros. Na literatura internacional sobre triagem a intuição vem sendo demonstrada como integrante do saber do enfermeiro, independente do protocolo a ser utilizado. Os especialistas consideraram que os enfermeiros utilizam a capacidade intuitiva na avaliação da condição do paciente e para tomar decisões clínicas sobre a priorização do atendimento na Classificação de Risco.

Os enfermeiros enfrentam cotidianamente situações complexas relativas aos problemas de saúde que envolve os usuários que chegam ao serviço em busca de uma resolução para o seu problema. Assim, já na primeira rodada do estudo, os especialistas definiram que os enfermeiros necessitam de habilidades de comunicação e de enfrentamento dos conflitos com os usuários.

A comunicação atua como elemento facilitador do processo de classificação de risco do paciente. Assim, por meio da comunicação, o enfermeiro pode esclarecer ao paciente sobre fatores que interferem na assistência que ele buscou no serviço de urgência e podem resultar em aumento do tempo de espera por atendimento. Nesse contexto, os participantes concordam que a habilidade de comunicação com o usuário é valiosa, para o processo de classificação de risco do usuário no serviço de urgência.

O gerenciamento de conflitos com os pacientes durante o processo de classificação de risco foi indicado pelos especialistas, na primeira rodada, como necessário para os enfermeiros desenvolverem essa atividade. Na atividade de classificação de risco surgem conflitos decorrentes da não concordância dos usuários com a categorização prevista pelos enfermeiros ou em função da demora do atendimento médico. Na Classificação de Risco, na qual a participação dos enfermeiros é imperativa,

eles gerenciam esses conflitos quanto ao atendimento a ser prestado, e assim, organizam o fluxo de pacientes no serviço de urgência.

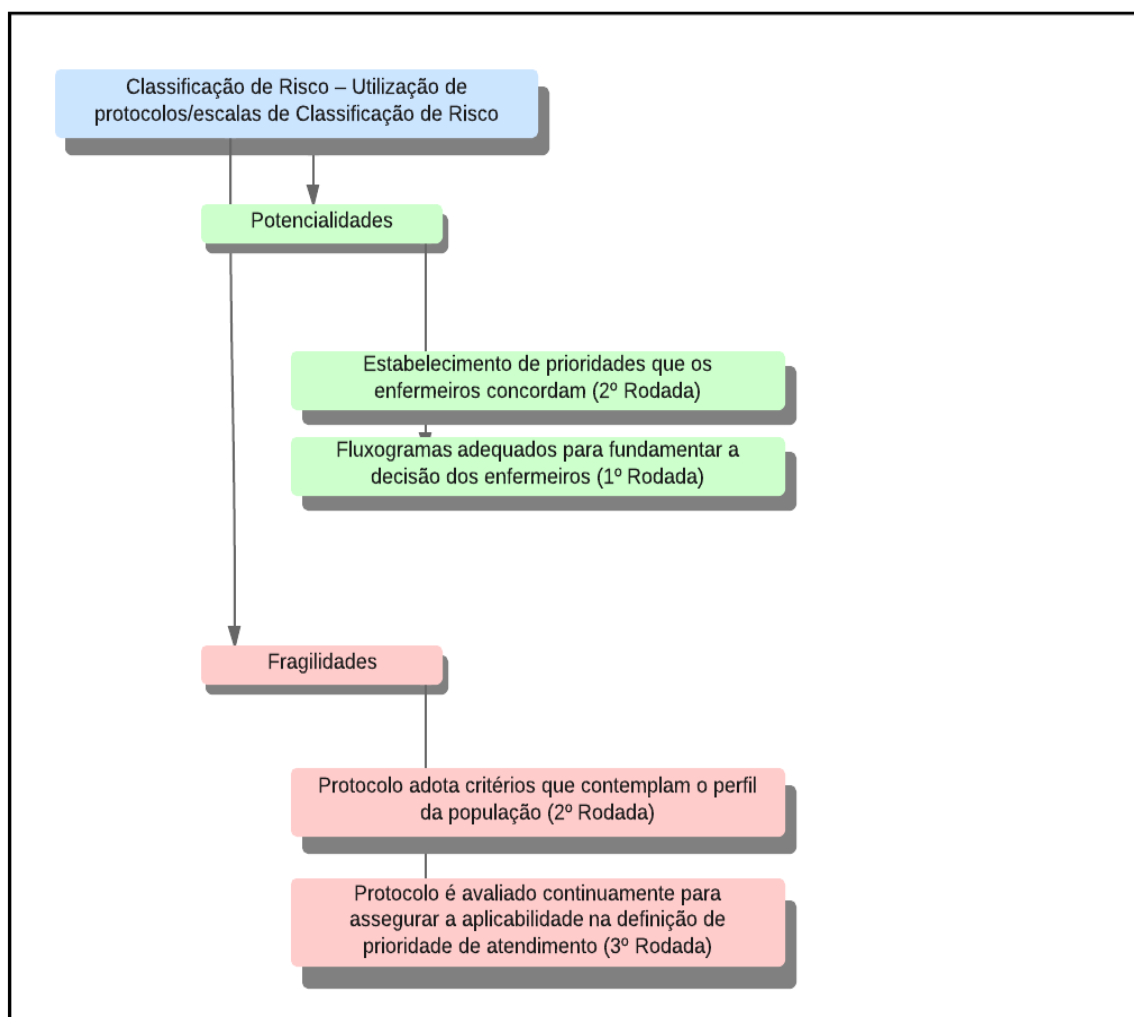
Outro item sinalizado foi a situação social dos pacientes como elemento a ser ponderado durante a avaliação dos enfermeiros na atividade de classificação de risco. A contextualização do problema de saúde do paciente está presente na atividade de Classificação de Risco, como forma de contribuir na definição da queixa principal do paciente. Os enfermeiros trabalham na ótica do modelo clínico e sinalizam que o reconhecimento do contexto social de vida do indivíduo também está presente na sua forma de adoecimento. Assim, os enfermeiros contextualizam a situação social em que o paciente se encontra na avaliação do paciente quanto à categorização do risco.

Também ficou confirmado que são necessárias capacitações específicas para os enfermeiros que atuam em Classificação de Risco. A capacitação específica promove a qualificação dos enfermeiros e aprimoramento da tomada de decisão clínica. Nesse sentido, a qualificação do enfermeiro por meio de capacitações, contribui para a. A previsão da inserção de conteúdos sobre a Classificação de Risco, na formação do enfermeiro deverá ser uma estratégia para a qualificação das decisões e consequentemente da acurácia do nível de risco atribuído aos pacientes na Classificação de Risco.

Quanto às fragilidades os especialistas não estabeleceram consenso a respeito de que os enfermeiros utilizam o conhecimento do perfil epidemiológico da população para avaliar o estado de saúde dos pacientes e definir a prioridade de atendimento. Na terceira rodada, 60% de 65 participantes concordaram e 40% discordaram dessa premissa. Neste sentido, entende-se que mesmo ocorrendo doenças sazonais, variações regionais e epidêmicas das doenças nas diferentes localidades do país, os especialistas não concordaram que os enfermeiros da Classificação de Risco necessitam do conhecimento do perfil epidemiológico da população.



**Quadro 5 - Diagrama de potencialidades e fragilidades na utilização dos protocolos/escalas de Classificação de Risco em serviços de urgência.**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014

No entanto, as decisões não dependem somente dos enfermeiros (habilidades, conhecimento clínico, experiência profissional), mas, também, de fatores, que envolvem a estrutura física, o dimensionamento de pessoal, a capacitação fornecida para a classificação de risco pela instituição, a avaliação contínua dos protocolos e escalas classificatórias.

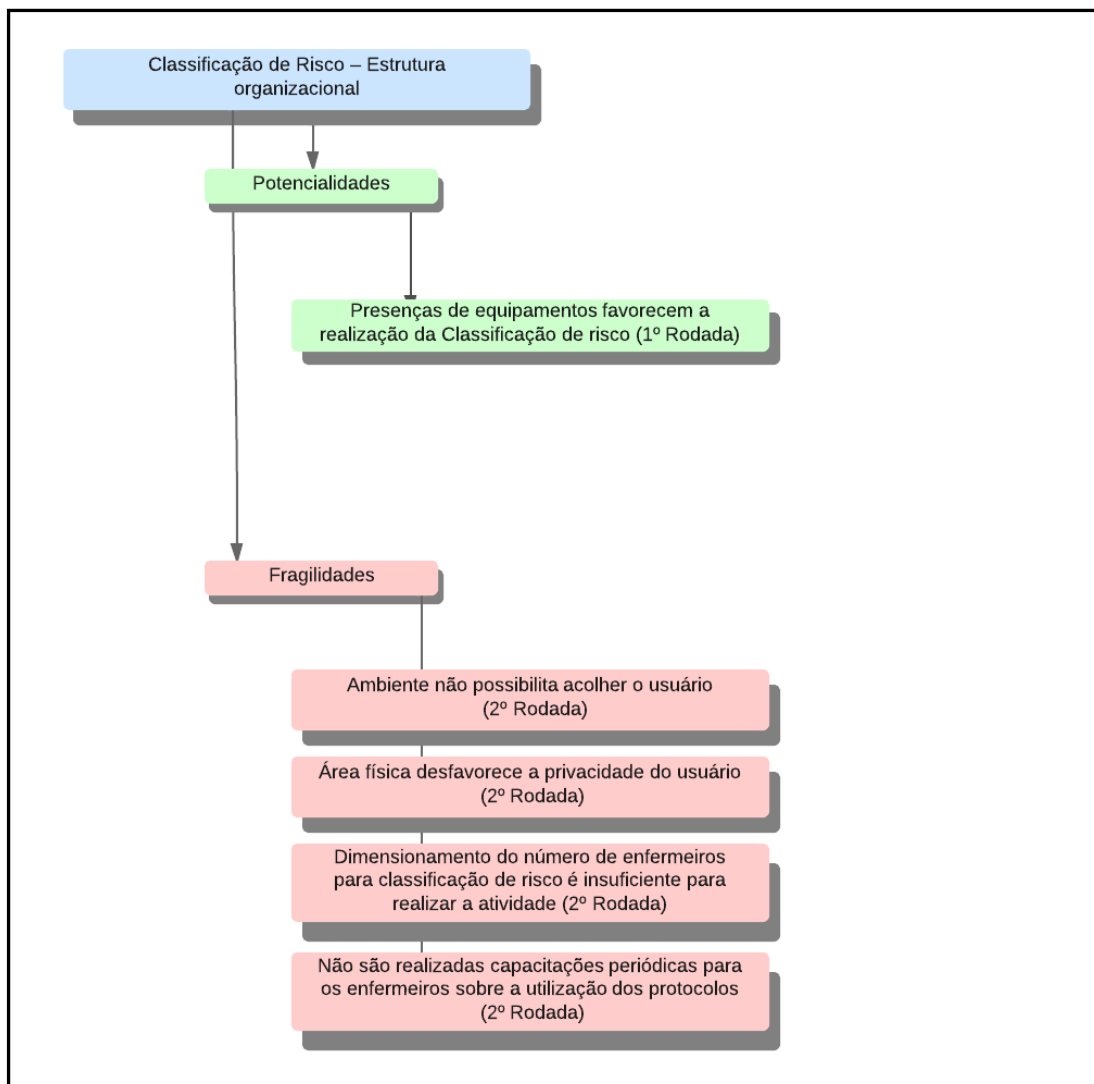
Quanto à utilização dos protocolos/escalas classificatórias na Classificação de Risco, os aspectos destacados pelos especialistas foram aqueles que dizem respeito aos fluxogramas considerados adequados para fundamentar as decisões dos enfermeiros (na segunda rodada) e de que os protocolos e escalas apresentam prioridades de atendimento com as quais os enfermeiros concordam (na terceira rodada). A confirmação do consenso na segunda e terceira rodadas pode ser explicada pelo fato de que os protocolos e escalas

utilizados pelos enfermeiros são internacionais, assim foram elaborados diante de outra realidade, em função disso, poderão suscitar dúvidas nos enfermeiros.

Os especialistas não concordaram, ainda, com a afirmação de que os protocolos de classificação de risco adotam critérios que atendem ao perfil epidemiológico da população (75,3%) na terceira rodada do estudo. Assim, pode-se afirmar que os protocolos têm a finalidade de avaliar individualmente o paciente, sem que haja consideração com os aspectos das doenças que ocorrem em cada coletividade, o número de pacientes que buscam atendimento, os picos de atendimento, os quais têm a finalidade de auxiliar a gestão do serviço.

Em relação aos protocolos utilizados na Classificação de Risco houve consenso entre os especialistas que as prioridades estabelecidas geram discordâncias entre os enfermeiros e a equipe médica. O médico tem uma visão diferente do enfermeiro em relação aos protocolos de classificação de risco. Tal fato justifica-se em função de que o fazer do médico está pautado no diagnóstico e a Classificação de Risco, embasada pelos protocolos busca a sistematização de sinais e sintomas com a intenção de priorizar o paciente com a condição clínica de maior gravidade. O objetivo da classificação do risco é definir não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica. Assim, esse resultado da opinião dos experts, permite a interpretação de que existem resistências da equipe médica por não entender o funcionamento da Classificação de Risco, gerando divergências com as decisões dos enfermeiros. As discordâncias entre os profissionais da equipe de saúde podem provocar ruídos na comunicação e causar interferência no processo de Classificação de Risco e no fluxo dos pacientes no serviço de urgência.

**Quadro 6 - Diagrama de potencialidades e fragilidades da estrutura organizacional para a Classificação de Risco em serviços de urgência**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014

No que tange à estrutura organizacional para a realização da Classificação de Risco, os especialistas estabeleceram o consenso de concordância, na primeira rodada, de que a presença de equipamentos de aferição dos sinais vitais, glicemia, nível de saturação do oxigênio sanguíneo são favorecedores da prática dos enfermeiros para a avaliação do paciente e classificação do risco. Os equipamentos auxiliam na avaliação clínica do paciente, além dos sintomas relatados por eles, essenciais na definição do risco e na categorização do nível de prioridade dos pacientes.

No entanto, as fragilidades apontadas pela discordância maior que 70% dos especialistas concentraram-se na seção da estrutura organizacional para a realização da Classificação de Risco. Os especialistas discordaram que o ambiente da Classificação de Risco, seja capaz de promover o acolhimento do paciente durante a realização da avaliação do paciente e priorização do atendimento. Essa fragilidade vem sendo indicada em outros estudos nacionais e reflete a distância que existe entre a humanização preconizada pelo Ministério da Saúde e a realidade vivenciada pelos enfermeiros na Classificação de Risco. Mesmo que o acolhimento seja entendido como uma ação inclusiva, em todos os locais e momentos que o paciente é atendido no serviço de urgência, é na recepção, onde ocorre o primeiro contato do paciente com os profissionais de saúde, no caso, com o enfermeiro e a partir disso é iniciado o processo de acolhimento do mesmo. Assim, a opinião de que o ambiente da Classificação de Risco não acolhe o paciente pelos especialistas demonstra que o acolhimento tem fragilidades nos serviços de urgência.

Outra premissa que os especialistas discordaram é de que a área física favorece a privacidade do paciente. O Ministério da Saúde vem concebendo que haja uma reestruturação e recriação dos espaços da área física correspondente ao Acolhimento e Classificação de Risco possibilitando a ambiência. Os resultados do estudo demonstram que os especialistas não concordam que a área física esteja propiciando a ambiência e tampouco esteja respeitando a privacidade do paciente.

A privacidade faz parte da ação realizada com ética e respeito ao ser humano. Assim, não propiciar a privacidade implica no possível constrangimento do paciente diante do enfermeiro da Classificação de Risco para expor o seu problema. O ambiente da Classificação de Risco, não poderá ser visto apenas em relação à estrutura física, mas também em relação à segurança, conforto e privacidade do paciente.

Ainda, em relação à estrutura organizacional, os especialistas estabeleceram o consenso (73%) de que o dimensionamento do número de enfermeiros por turno de trabalho não é suficiente para a realização da Classificação de Risco nos serviços de urgência. A classificação de risco é uma atividade recente desenvolvida pelos enfermeiros nos serviços de urgência, assim, em muitos serviços em que ocorre a insuficiência numérica e qualitativa de recursos humanos para o serviço de enfermagem, a possibilidade de atingir um número de enfermeiros que possibilite garantir a realização da Classificação de Risco pode ser inviável.

No entanto, o aumento de usuários que buscam o serviço exige que o número de profissionais seja suficiente, sob pena de estar expondo o enfermeiro da Classificação de Risco à carga de trabalho excessiva, gerando estresse e outras doenças ocupacionais.

Os serviços de urgência não contam com indicadores para dimensionar o número de profissionais, baseando-se na experiência e na adequação do cálculo pelos enfermeiros gerentes. Da mesma forma ocorre com o número de enfermeiros estimado para a Classificação de Risco. De acordo com o Ministério da Saúde, para a sua implantação é prevista a inserção de um enfermeiro. No entanto, os experts indicam que o número na atualidade é insuficiente para abarcar essa demanda de trabalho.

Outra fragilidade indicada pelo consenso dos especialistas (79,8%) foi a discordância quanto à disponibilização pelos serviços de urgência de capacitações periódicas aos enfermeiros sobre a utilização dos protocolos/escalas de classificação de risco. Esse é um fator que irá influenciar nas decisões do enfermeiro da Classificação de Risco, pois não há promoção de capacitações, por parte da coordenação do serviço, que qualifiquem o profissional e conseqüentemente a assistência prestada.

No sentido de qualificar as decisões dos enfermeiros, comprometendo-se com a acurácia da categorização de risco, as capacitações terão que objetivar não apenas a ilustração do protocolo a ser utilizado pela instituição, mas também propiciar atividades que desenvolvam a prática do enfermeiro para a avaliação e classificação de risco nos serviços de urgência. Assim, torna-se importante introduzir estratégias pedagógicas que desenvolvam habilidades de comunicação, do gerenciamento de conflitos, de contextualização do adoecimento do paciente além de atualização de conhecimentos clínicos com objetivo de melhorar a precisão da enfermeira na categorização do risco.

Além disso, não houve concordância (78,5%) dos especialistas de que os protocolos são avaliados periodicamente para a utilização no Brasil. Há poucos estudos sobre a validade dos protocolos utilizados no serviço de urgência na literatura nacional, já apresentados na discussão sobre o tema na terceira rodada do presente estudo. Assim, é o profissional enfermeiro, com suas habilidades, conhecimento e experiência, que vem assumindo a responsabilidade e respaldando a atividade de classificação de risco nos serviços de urgência.

## 7.2 Tendências da Classificação de Risco para o futuro

Os especialistas concordaram que a tendência, para o futuro, é de que a Classificação de Risco permaneça com a finalidade de priorizar o risco de acordo com a gravidade da condição clínica do paciente, isto é, de realizar a gestão clínica do paciente. Ao mesmo tempo, também, estabeleceram consenso na primeira rodada que a classificação de risco possibilitará ordenar o fluxo de pacientes, organizando o trabalho dos enfermeiros e contribuindo para a gestão do serviço de urgência, nos próximos 10 anos.

Em relação à redução da morbi-mortalidade no serviço de urgência, os especialistas concordaram, na primeira rodada, que a classificação de risco permitirá a redução de agravos e seqüelas de pacientes urgentes, com diminuição do tempo de espera por atendimento nos serviços de urgência.

O consenso de 70% em relação à premissa de que a classificação de risco possibilitará a avaliação do paciente no tempo preconizado pelos protocolos, no futuro, traduz a dificuldade de definição dos especialistas. A questão do tempo determinado pelos protocolos é uma temática que permanece em discussão também na literatura internacional. Esse indicativo pode trazer subsídios para a discussão desse tema, também, para a realidade brasileira.

Quanto à atuação do enfermeiro, na primeira rodada, foi definido pelos especialistas que o enfermeiro permanecerá realizando a avaliação e classificação de risco, futuramente, tendo autonomia para desenvolver essa atividade.

Os especialistas concordam que o enfermeiro encaminhará pacientes não urgentes para serviços de atenção primária, contrariamente a não obtenção de consenso após três rodadas para o contexto atual. Pode-se interpretar como uma expectativa de que, no futuro, a rede de atenção às urgências já esteja consolidada e que a articulação entre os serviços permita tal encaminhamento.

Quanto à formação e educação em serviço, houve o consenso de que o enfermeiro permanecerá administrando os conflitos que surgem com os usuários durante o processo de classificação de risco. O gerenciamento de conflitos é uma das atividades administrativas já consolidadas na prática do enfermeiro. O processo relacional que se estabelece na Classificação de Risco, resulta na possibilidade de entendimentos diferenciados passíveis de conflitos entre o enfermeiro e o usuário e na necessidade de

negociação com o mesmo. Assim, os especialistas entenderam que o enfermeiro será o responsável por administrar os conflitos na Classificação de Risco futuramente.

Também, os especialistas julgaram que a capacitação específica será necessária para a realização da classificação de risco, para os próximos 10 anos. A formação do enfermeiro é um processo mutável, no qual se insere novas exigências de acordo com as políticas de saúde, o contexto organizacional das instituições de saúde e a realidade social e econômica da população. Assim, a formação do enfermeiro deverá abarcar todas as variáveis que surjam nos próximos 10 anos em relação à assistência nos serviços de urgência e especificamente à classificação de risco.

Quanto às situações sociais relacionadas ao problema do paciente, os especialistas julgam que serão consideradas para a atribuição do risco. O percentual de 70,8%, na segunda rodada, indica uma moderada concordância em relação a esse quesito. A contextualização social do problema que levou o usuário ao serviço de urgência será considerada para a determinação da prioridade do risco.

Em relação aos protocolos, destacou-se na primeira rodada, o consenso de que os protocolos serão reavaliados para assegurar a sua aplicabilidade na definição de prioridades de atendimento, em desacordo ao consenso de discordância estabelecido para a atualidade. Também, foi na primeira rodada que os especialistas confirmaram que o protocolo de classificação de risco estabelecerá prioridades de atendimento por meio de fluxogramas adequados quanto à fundamentação das decisões dos enfermeiros e de que esses profissionais irão concordar com tais prioridades de risco.

Ainda na primeira rodada, os especialistas estabeleceram o consenso quanto à futura adoção de critérios pelos protocolos de classificação de risco que atendam ao perfil epidemiológico da população. Essa concordância foi limítrofe (70,7%) o que indica a dificuldade no estabelecimento do consenso em relação a essa tendência.

Na segunda rodada, foi obtido consenso de que no futuro, os protocolos definirão prioridades que irão gerar divergências entre médicos e enfermeiros. O consenso na segunda rodada demonstra que o enfermeiro não tem perspectivas de que as relações profissionais sejam mais harmônicas com a categoria médica para os próximos 10 anos. Esse fato pode decorrer da disputa histórica que existe entre essas classes de profissionais, quanto às ações exercidas para o cuidado dos pacientes.

Em relação à estrutura organizacional, os especialistas indicam, na primeira rodada, que, no futuro, o ambiente possibilitará o acolhimento do paciente assim como a privacidade do mesmo. A perspectiva dos especialistas é de que no futuro, haja

possibilidade da aplicação prática do acolhimento previsto pela política de Humanização do Ministério da Saúde para os serviços que compõe a Rede de Atenção às Urgências, assim como da manutenção da privacidade do paciente durante a Classificação de Risco.

Na segunda rodada, foi estabelecido consenso de que haverá capacitações específicas para os enfermeiros da Classificação de Risco quanto à utilização dos protocolos classificatórios, nos próximos 10 anos. Os especialistas indicam, dessa forma, a tendência de que a prática da Classificação de Risco pelos enfermeiros terá de ser qualificada a partir de um processo de educação em serviço de enfermagem, prevista pelas Instituições e órgãos oficiais responsáveis pela organização e implementação da política de Classificação de Risco.

A afirmativa sobre o dimensionamento do número de enfermeiros por turno de trabalho para realidade futura não foi estabelecido consenso após a terceira rodada. Essa fragilidade indica que não existe, ainda, uma tendência que permita a sinalização de que o quantitativo de enfermeiros será suficiente no futuro para a realização da Classificação de Risco. A existência de vários tipos de vínculos empregatícios na realidade profissional dos enfermeiros, mesmo entre os participantes do estudo, evidencia a dificuldade de estabelecer a suficiência do número de profissionais para o futuro.



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou identificar fragilidades e potencialidades da Classificação de Risco na perspectiva dos enfermeiros, assim como tendências para o futuro. Para isso, a utilização da técnica Delphi permitiu atingir os objetivos propostos.

Todas as etapas do estudo exigiram extremo rigor metodológico, desde a validação do questionário por juízes, quanto ao conteúdo e forma, até a construção do painel de enfermeiros especialistas em Classificação de Risco nos serviços de urgência. Para compor o painel de enfermeiros foi utilizada a técnica *snow-ball* ou bola de neve, que permitiu a identificação de profissionais-chave, atuantes na Classificação de Risco, pois houve dificuldade de localizar os profissionais nas instituições em que desenvolvem essa atividade nos serviços de urgência e emergência.

Houve dificuldades durante esse processo, pois mesmo com o aceite dos enfermeiros para participação do painel Delphi, ainda ocorreram desistências e o não preenchimento do questionário nas três rodadas. As perdas consistem em desvantagens da utilização da técnica Delphi, no entanto, os percentuais de perdas inter-rodadas do estudo são considerados compatíveis com os níveis previstos na literatura. Apesar da diminuição dos participantes da segunda rodada em relação à primeira, e da terceira em detrimento da segunda, os resultados permitiram o estabelecimento dos consensos quanto à atividade de classificação de risco, além das perspectivas para o futuro relativas a essa área. O anonimato e a abrangência nacional dos participantes no estudo Delphi foram algumas das vantagens que permitiram estabelecer a concordância e discordância a respeito das premissas apresentadas no instrumento e construídas a partir da literatura.

O contexto dos serviços de urgência permanece em constante modificação, em função de novas demandas, arranjos organizacionais dos serviços da rede, além de pesquisas que trazem inovações tecnológicas ao trabalho. Assim, a prática dos enfermeiros tem somando novos conhecimentos clínicos, tácitos e habilidades que transformam o fazer da enfermagem.

Os fatores associados ao contexto organizacional, político, tecnológico e estrutural do serviço de urgência implicam na incorporação de saberes aos enfermeiros da Classificação de Risco, que assim como os demais enfermeiros dos serviços de urgência tem potencializado sua prática profissional para a avaliação dos pacientes e priorização do atendimento. Daí decorre o aprimoramento de habilidades de administração de

conflitos com os usuários quanto aos problemas e dúvidas em relação à prioridade estabelecida. Nesse sentido, utilizam habilidades de comunicação para prestar esclarecimentos sobre o funcionamento da Classificação de Risco.

As dificuldades decorrentes da falta de estrutura organizacional e da articulação dos serviços podem gerar problemas no acolhimento do paciente além de sua segurança e privacidade. As capacitações específicas, evidenciadas como imperiosas para a realização da atividade, são desvalorizadas pelos gestores, devido à falta de oferta para os enfermeiros da Classificação de Risco.

O número de enfermeiros envolvidos na Classificação de Risco também não foi considerado como suficiente para realizar a avaliação dos pacientes, que constituem uma demanda excessiva nas portas dos serviços de urgências. Na presença dessa realidade, há possibilidade de sobrecarga dos enfermeiros, gerando desgaste físico e doenças ocupacionais.

Em relação ao futuro, a perspectiva dos enfermeiros é insatisfatória, pois não foi estabelecido consenso sobre a afirmação de que o número de enfermeiros será suficiente para realizar a classificação de risco. Essa perspectiva, por parte dos especialistas, pode ser resultado da realidade atual, pois o dimensionamento das equipes de trabalho na enfermagem nos serviços de urgência não corresponde ao aumento da demanda de pacientes nesses locais. Assim, há a necessidade de estudo em se possa equacionar a sobrecarga laboral e o dimensionamento dos enfermeiros que atuam na classificação de risco em serviços de Urgência.

No exercício da atividade, os enfermeiros utilizam protocolos de classificação de risco, os quais não são avaliados continuamente para assegurar a sua aplicabilidade. Em decorrência, pode ocorrer um distanciamento entre as queixas e sinais dos pacientes e o que é apresentado pelos protocolos de classificação de risco. Tal distanciamento gera a deliberação dos enfermeiros sobre o melhor modo de adaptar uma situação aos indicadores dos protocolos. Para isso, os enfermeiros baseiam-se no seu conhecimento tácito, adquirido por meio da prática e do conhecimento clínico.

No entanto, houve consenso em relação à fundamentação das decisões dos enfermeiros por meio dos fluxogramas e às prioridades de atendimento apresentados nos protocolos da classificação de risco nos serviços de urgência. Assim, pode-se inferir que os protocolos de classificação de risco são considerados dispositivos tecno-operacionais que favorecem a atuação dos enfermeiros na classificação de risco.

É importante assinalar que houve a concordância de que as definições de prioridades de atendimento dos protocolos geram divergências com a equipe médica. Os protocolos de classificação de risco atuam com prioridades de atendimento e a atuação dos médicos é centrada em diagnósticos. Em função disso, poderão ocorrer desacordos entre essas categorias em relação à priorização de pacientes. Soma-se o fato de que a definição da prioridade de atendimento pelos enfermeiros pode representar uma ameaça à hegemonia do poder médico nos serviços de saúde pautados pelo modelo biomédico, no qual o profissional médico é centralizador das decisões clínicas.

Apesar das dificuldades estruturais e organizacionais que prejudicam a atividade de avaliação e classificação de risco e interferem no trabalho dos enfermeiros, existem fragilidades no tocante à sua atuação no exercício dessa atividade. A não reavaliação de pacientes durante o período de tempo em que aguardam atendimento pode ocasionar danos ou agravamento dos sintomas e provocar alteração do fluxo de atendimento.

Outro ponto que não obteve consenso nas três rodadas foi sobre a necessidade de conhecimento epidemiológico da população para realização da avaliação e da classificação de risco. Esse parâmetro nos permite concluir que a condição clínica individual dos pacientes impõe-se como sendo o foco dos enfermeiros na classificação do risco.

Neste sentido, os enfermeiros operam com suas habilidades e conhecimentos para avaliar, identificar o risco e priorizar o atendimento. O consenso de que os enfermeiros consideram a situação social do paciente, relacionada com os problemas apresentados por eles na determinação da prioridade do risco, sinaliza o reconhecimento de que o contexto social de vida do indivíduo está presente na sua forma de adoecimento.

Portanto, os enfermeiros representam o suporte profissional, cognitivo e emocional na Classificação de Risco. Essa qualificação permite que os enfermeiros continuem atuando na avaliação e classificação do risco dos pacientes nos serviços de urgência. O estudo permitiu sinalizar que os enfermeiros permanecerão realizando a classificação de risco nos serviços de Urgências.

A avaliação e Classificação de Risco dos pacientes, nos serviços de urgência, considerada atividade privativa dos enfermeiros, foi decorrência de alterações na organização do processo de trabalho e da implantação da Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde. A inserção de protocolos internacionais permitiu a instrumentalização dos enfermeiros, mas a operacionalização da atividade somente ocorre em função da prática clínica, administrativa e educacional desse profissional. Poderão

surgir novos protocolos, ajustes e adequações para compatibilizar sinais e sintomas não contemplados em versões anteriores, porém não substituem a prática dos enfermeiros no exercício da Classificação de Risco.

A Classificação de Risco permanece como um desafio para os enfermeiros em sua prática, assim, buscam cada vez mais instrumentos de trabalho para que possam exercer essa atividade com autonomia. Na atualidade, em que a precariedade dos serviços de saúde é uma constante, resta aos profissionais o fortalecimento de seu potencial de trabalho com vistas a contribuir para a identificação das necessidades dos pacientes que buscam assistência nos serviços de Urgência. No entanto, é responsabilidade do Estado, enquanto detentor da organização da saúde pública no país possibilitar a efetivação da classificação de risco como fio condutor da rede de atenção às urgências, por meio de provimentos financeiros e de infraestrutura aos serviços em questão.

## REFERÊNCIAS

- ALBINO, R.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de urgência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 70-75, out./dez. 2007.
- ALVES, M.; RAMOS, F. S. R.; PENNA, C. M. M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 323-331, jul./set., 2005.
- ALVES, M. J. P. **O serviço de atendimento permanente: satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem**. 2005. 261 f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem)-Centro de Saúde de Arcos de Valdevez, Arcos de Valdevez, 2005.
- ANDERSSON, A. K.; OMBERG, M.; SVEDLUND, M. Triage in the emergency department: a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. **Nursing Critical Care**, London, v. 11, no. 3, p. 136-145, May/June 2006.
- ANDRADE L. M. et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p.151-157, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>>. Acesso em: 20 jan, 2014.
- ANGLAND, S.; DOWLING, M.; CASEY, D. Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. **International Emergency Nursing**, (2013). In press. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2013.09.0052013>>. Acesso em: 05 nov. 2012
- ARTHUR, C.; LEVETT-JONES T.; KABLE, A. Quality indicators for the design and implementation of simulation experiences: a Delphi study. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 33, no.11, p. 1357-1361, Nov. 2013.
- ATKINSON, R.; FLINT, J. Accessing hidden and hard-to-reach populations: snowball research strategies. **Social Research Update**, Guildford, v. 33, Summer 2001. Disponível em: <<http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU33.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2012.
- AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. **Literature review on the Australasian triage scale (ATS)**. West Melbourne, 2012. Disponível em: <[http://www.acem.org.au/media/media\\_releases/2012\\_-\\_ACEM\\_Triage\\_Literature\\_Review.pdf](http://www.acem.org.au/media/media_releases/2012_-_ACEM_Triage_Literature_Review.pdf)>. Acesso em: 11 jul. 2011.
- BARBOSA, L. C. V. et al. Experiência do Hospital das Clínicas "Luzia de Pinho Melo" - UNIFESP/SPDM após um ano de implantação do acolhimento com classificação de risco no pronto socorro. In: SALA, A.; SEIXAS, P. H. A. **I Mostra SES/SP 2007: experiências inovadoras na gestão da saúde no Estado de São Paulo**. São Paulo: SES/SP, 2008. p. 129-134.
- BARBOSA et al. processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 70-76, out./dez. 2009.

BELLUCCI, J.A. Jr., MATSUDA, L.M. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 797-806, 2011.

BELLUCCI, J. A. Jr., MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **REME – Revista Mineira Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 419-428, jul./set. 2012a.

BELLUCCI, J. A. Jr.; MATSUDA, L. M. Implantação do sistema Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do fluxograma analisador. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 217-225, jan/mar 2012b.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

BOCHEMBUZIO, L.; GAIDZINSKI, R. Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 382-389, 2005.

BRABRAND, M et al. Risk scoring systems for adults admitted to the emergency department: a systematic review. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, London, v. 18, no. 8, 2010. Disponível em: <<http://www.sjtre.com/content/18/1/8>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em: 13 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS 01/02. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_urgencias.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf)> . Acesso em: 19 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma estético no fazer saúde**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05\\_0050\\_FL.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05_0050_FL.pdf)>. Acesso em: 08 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125, de 7 de Dezembro de 2006**. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008**. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "organização de redes loco - regionais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-2922.htm>>. Acesso em: 27 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009**. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://www.ipq.pt/backfiles/Portaria1020\\_2009.pdf](http://www.ipq.pt/backfiles/Portaria1020_2009.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011**. Reformula 3ª Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde toda hora**. Brasília, DF, [201-]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1829](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1829)>. Acesso em: 22 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

BURSTRÖM et al. Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? a comparison of three emergency departments with different triage models. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, London, v.20, no. 57, 2012. Disponível em: <http://www.sjtem.com/content/20/1/57>. Acesso: 12 jan. 2014.

CAMILLO S. O.; MAIORINO F. T. A importância da escuta no cuidado de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 3, p.549-555, jul./set. 2012

CAMPOS, D. C. F.; GRAVETO, J. M. G. N. Papel do enfermeiro e envolvimento do cliente no processo de tomada de decisão clínica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1065-1070, 2009.

CAMPOS, L.F.; MELO, M. R.A.C. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto-SP. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 253-255, abr./jun. 2007.

CASTNER, J. Emergency department triage: What data are nurses collecting? **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 37, no. 4, p. 417-422, July 2011.

- CASTRO, A. D. R. V. **Validação de conteúdo de sítio virtual sobre o uso do brinquedo na enfermagem pediátrica**. 2010. 189 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 3, n. 3, p. 429-434, jul./set. 2009.
- CENDÓN, C. N.; IGLESIA, M. A. R.; RODRÍGUEZ, E. B. Estudio de la frecuentación a un servicio de urgencias extrahospitalario: motivos de consulta, opinión de los usuarios y posibles soluciones. **Cadernos de Atención Primaria**, Coruña, v. 17, n. 1, p. 15-18, mar. 2010.
- CERULLO, J.A.S.B.; CRUZ, D.A.L.M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1.[06 telas] jan./fev. 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt\\_19](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_19)> Acesso em: 12 dez.2012.
- CHAN, J. N. H.; CHAU, J. Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 50, no. 5, p. 498-507, June 2005.
- CHANG, A. M. et al. A Delphi study to validate an Advanced Practice Nursing tool. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 66, no. 10, p. 2320-2330, Oct. 2010.
- CHAVES, T. V. et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1168-1175, 2011.
- CHAVES R. N.; ALVES, A. L. S. As relações de poder dentro da unidade hospitalar: uma perspectiva de médicos e enfermeiros. **Diálogos & Ciência**, Salvador, v. 10, n. 30, p.159-164, 2012.
- CHEN, S. S. et al. Factors that influence the accuracy of triage nurses' judgement in emergency departments. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 27, no. 6, p. 451-55, jun. 2010.
- CHRIST, M. et al. Modern triage in the emergency department. **Deutsches Ärzteblatt International**, Cologne, v. 107, n. 50, p. 892-898, Dez. 2010.
- CHUNG, J. Y. M. An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. **Accident and Emergency Nursing**, Edinburgh, v. 13, no. 4, p. 206-213, Oct. 2005.
- CICONET, R. M. **Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um serviço de atendimento móvel de urgência com a central de regulação e as portas de entrada da Urgência**. 2009. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.



COELHO, M. F. et al. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 770-777, ago. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 423, de 09 de abril de 2012. Normatiza no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de classificação de riscos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, nº 70, quarta-feira, 11 abril 2012, Seção I, p.195-196.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Parecer Técnico Nº. 136 / 2011**. Dispõe sobre a competência do enfermeiro para realizar a Classificação de Risco nos diversos pontos de atenção à saúde da população. Belo Horizonte, 26 set. 2011.

CONSIDINE, J.; BOTTI, M.; THOMAS, S. Do knowledge and experience have specific roles in triage decision-making? **Academic Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 14, no. 8, p. 722-776, Aug. 2007.

CONSIDINE, J.; UNG, L.; THOMAS, S. Triage nurses' decisions using the National Triage Scale for Australian emergency departments. **Accident and Emergency Nursing**, Edinburgh, v. 8, no. 4, p. 201-209, Oct. 2000.

CORDEIRO JUNIOR, W. A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, n. 2, p. 23-28, jan/jun. 2009.

COUTINHO, A. A. P. **Classificação de risco no serviço de emergência: uma análise para além de sua dimensão tecno-assistencial**. 2010. 205 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

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

CUNHA, A.; PENICHE, A. Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 151-160, 2007.

CURTIS, K. et al. The emergency nursing assessment process: a structured framework for systematic approach. **Australasian Emergency Nursing Journal**, Amsterdam, v. 12, no. 4, p. 130-136, 2009.

DAL BEN, L.; SOUSA, R. Adaptação de instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 80-99, 2004.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 524-530, jul./set. 2011.

DALKEY, N. C. **The Delphi method**: an experimental study of group opinion. Santa Monica: Rand Corporation, 1969.

DANSKI M.T. et al. Características do processo de trabalho do enfermeiro em Pronto-atendimento. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 104-109, jan./mar. 2011.

DATEO, Julie. What factors increase the accuracy and inter-rater reliability of the emergency severity index among emergency nurses in triaging adult patients? **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 39, no. 2, p. 203-207, 2013.

DAY, A.; OLDROYD, C. The use of early warning scores in the emergency department. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 36, no. 2, p. 154-155, 2010.

DIAS, S. A. **As representações da trajetória do atendimento de emergência para a vítima de trauma**. 2004. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

DIOGO, C. S. **Impacto da relação cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS**. 2007. 214 f. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde)–Escola de Gestão, Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/993/1/IRC-Sistema%20Triagem%20Manchester%20na%20requalifica%C3%A7%C3%A3o%20das%20urg%C3%Aancias%20do%20SNS.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; REIS, Y. A. C. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1508-1518, ago. 2010.

DURAND, A. C. et al. Be careful with triage in emergency departments: interobserver agreement on 1,578 patients in France. **BMC Emergency Medicine**, London, v. 11, n. 19, Oct. 2011. Disponível em: <[www.biomedcentral.com/1471-227X/11/19](http://www.biomedcentral.com/1471-227X/11/19)>. Acesso em: 10 out. 2011.

EDWARDS, B.; SINES, D. Passing the audition: the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 17, no. 18, p. 2444-2451, Sept. 2008.

EKWALL, A.; GERDTZ, M.; MANIAS, E. The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and cares. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 17, no. 6, p. 800-809, Mar. 2008.

ENDERS, B.C.; FERREIRA, P.B.P.; MONTEIRO, A.I. A ciência-ação: fundamentos filosóficos e relevância para a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1. p.161-167, jan./mar. 2010.

FARO, A. C. M. E. **Do diagnóstico à conduta de enfermagem**: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular. 1995. 208 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

FARROHKNIA, N. et al. Emergency department triage scales and their components: A systematic review of the scientific evidence. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, London, v.19, p. 42, 2011. Disponível em: <<http://www.sjtrem.com/content/19/1/42>>. Acesso: 12 dez 2012.

FEIJÓ, V. B. R. **Acolhimento com avaliação e classificação risco**: análise da demanda atendida no Pronto Socorro de um hospital escola. 2010. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

FERNANDES, C. M. et al. Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 31, no. 1, p. 39-50, fev., 2005.

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

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FOLEY, A.; DURANT, J. Let's ask that out front: health and safety screenings in triage. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 37, no. 5, p. 515-516, Sept. 2011.

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

FORSMAN B.; FORSGREN S.; CARLSTRÖM E.D. Nurses working with Manchester triage: the impact of experience on patient security. **Australasian Emergency Nursing Journal**, Amsterdam, v. 15, no. 2, p. 100-107, May 2012.

FRY, M.; BURR, G. Review of the triage literature: past, present, future? **Australasian Emergency Nursing Journal**, Amsterdam, v. 5, no. 2, p. 33-38, 2002.

FRY, M. An ethnography: Understanding emergency nursing practice belief systems. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 20, no. 3, p. 120–125, July 2012.

FRY, M.; STANTON, C. An educational framework for triage nursing based on gatekeeping, timekeeping and decision-making processes. **Accident and Emergency Nursing**, Edinburgh, v. 13, no. 4, p. 214-219, Oct. 2005.

GADZINSKI, R.R.; FUGULIN, F.M.T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde. In: KURCGANT et al. **Gerenciamento em Enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 125-137.

GANLEY, L.; GLOSTER, A. S. An overview of triage in the emergency department. **Nursing Standard**, Harrow, v. 26, no. 12, p. 49-56, Nov. 2011.

GEHLEN, G. C. **A organização tecnológica do trabalho dos enfermeiros na produção de cuidados em unidades de pronto atendimento de Porto Alegre/RS**. 2012. 110 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

GERTDZ, M. F. How do we define quality at triage? **Australasian Emergency Nursing Journal**, Amsterdam, v. 14, no. 4, p. 215-216, 2011.

GERTDTZ, M. F.; BUCKNALL, T. K. Triage nurses' clinical decision making: an observational study of urgency assessment. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 35, no. 4, p. 550-561, Ago. 2001.

GILBOY, N. et al. **Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care: version 4: DVDs and 2012 edition of the implementation handbook**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/research/esi>>. Acesso em: 22 maio 2011.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela Internet: vantagens e ressalvas. **Administração Online**, São Paulo, v. 2, n. 2, abr./jun. 2001. Disponível em: <[http://www.fecap.br/adm\\_online/art22/renata.htm](http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2011.

GODOY, F. S. F. **Organização do trabalho em uma unidade de urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco**. 2010. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

GOMES, C.F.P. **Contacto com o enfermeiro da triagem do Serviço de Urgência: satisfação do utente**. 2008. 136 f. Monografia para Licenciatura. Universidade Fernando Pessoa, Ponte Lima, 2008.

GOODMAN, C. M. The Delphi technique: a critique. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 12, no. 6, p. 729-734, Nov. 1987.

GÖRANSSON, K. E.; EHRENBORG, A.; EHNFORSS, M. Triage in emergency departments: national survey. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 14, no. 9, p. 1067-1074, Oct. 2005.

GÖRANSSON, K. E.; VON ROSEN, A. Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 18, no. 1, p. 36-40, Jan. 2010.

GÖRANSSON, K. E. et al. Emergency department triage: is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions? **Accident and Emergency Nursing**, Edinburgh, v. 14, no. 2, p. 83-88, Apr. 2006.

GREEN, B. et al. Applying the Delphi technique in a study of GPs' information requirement. **Health and Social Care in the Community**, Oxford, v. 7, no. 3, p. 198-205, May 1999.

GROUSE, A. I.; BISHOP, R. O.; BANNON, A. M. The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 26, no. 7, p. 484-486, July 2009.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **História da classificação de risco no Brasil**. Belo Horizonte, [20--]. Disponível em: <[http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=75&Itemid=109](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=75&Itemid=109)>. Acesso em: 10 maio 2010.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição**. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/GHC\\_02-10.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/GHC_02-10.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2012.

GROSSMAN, E.; ARAÚJO-JORGE, T. C.; ARAÚJO, I. S. A escuta sensível: um estudo sobre o relacionamento entre pessoas e ambientes voltados para a saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 309-324, abr./jun. 2008.

GROSSMANN, F. F. et al. At risk of undertriage? Testing the performance and accuracy of the Emergency Severity Index in older emergency department patients. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 60, no. 3, p. 317-325, Sept. 2012.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A.C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 31-37, 2013.

GUSMÃO FILHO, F. A. R. **Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política Qualisus**: em três hospitais no município do Recife. 2008. 181 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

HAIR, J. F. Jr. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005. p. 471.

HAMM, J. R. How to overcome triage barriers. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 34, no. 3, p. 241-242, June 2008.

HASSON, F.; KEENEY, S. Enhancing rigour in the Delphi technique research. **Technological Forecasting & Social Change**, New York, v. 78, no. 9, p. 1695-1704, 2011.

HASSON, F.; KEENEY, S.; MCKENNA, H. Research guidelines for the Delphi survey technique. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 32, no. 4, p.1008-1015, Oct. 2000.

HERBIG B., BUÈSSING A., EWERT T. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 34, no. 5, p. 687- 695, 2001.

HJELM, N. M. Benefits and drawbacks of telemedicine. **Journal of Telemedicine and Telecare**, London, v. 11, no. 2, p. 60-70, 2005.

HOOT, N. R.; ARONSKY, D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects and solutions. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 52, no. 2, p. 126-136, Aug. 2008.

HOYT, K. S. et al. Nurse practitioner Delphi study: competencies for practice in emergency care. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 36, no. 5, p. 439-449, Sept. 2010.

HOWARD, M. S. et al. Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 31, no. 5, p. 429-435, Oct. 2005.

HOWARD, P. K. Do we need triage? **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 37, no. 6, p. 597, 2011.

HITCHCOCK M. et al. Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, Jan. 2013. Epub ahead of print. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12304/abstract>. Acesso em: 24 mar. 2014.

INNES, K., PLUMMER, V.; CONSIDINE, J. Nurses' perceptions of their preparation for triage. **Australasian Emergency Nursing Journal**, Amsterdam, v. 14, no. 2, p. 81-86, May 2011.

INOUE, K.; MATSUDA, C., L. M. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 55-63, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>. Acesso em: 28 jan. 2014.

ISERSON, K. V.; MOSKOP, J. C. Triage in medicine, part I: concept, history, and types. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 49, no. 3, p. 275-281, 2007.

JELINEK, G. A. Towards an International Triage Scale. **European Journal of Emergency Medicine**, London, v. 8, no. 1, p. 1-2, Mar. 2001.

JIMÉNEZ, G. J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. **Emergencias**, Madrid, v. 15, p. 165-174, 2003.

JIMÉNEZ, G. J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. **Emergencias**, Madrid, v. 18, p. 156-164, 2006.

JOHANSEN, M. Conflicting priorities: emergency nurses' perceived disconnect between patient satisfaction and the delivery of quality patient care. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 40, no. 1, p. 13-19, Jan. 2014.

KEENEY S., HASSON F., McKENNA, H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 53, no. 2, p. 205-212, 2006.

KRAEMER, FZ; DUARTE, MLC; KAISER DE. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 487-494, set. 2011.

LAKE, S.; MOSS, C.; DUKE J. Nursing prioritization of the patient need for care: A tacit knowledge embedded in the clinical decision-making literature. **International Journal of Nursing Practice**, Carlton, v. 15, no. 5, p. 376-388, 2009.

LAU, MAGAREY, WIECHULA, Violence in the emergency department: An ethnographic study (Part I). **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 20, no. 2, p. 69-75, 2012.

LOVATO, E. et al. Humanisation in the emergency department of an Italian hospital: new features and patient satisfaction. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 30, no. 6, p.487-491, 2013.

MACIAK, I.; SANDRI, J.V.A.; SPIER, F. Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 1, p.127-135, 2009.

MCBRIEN, B. Translating change: the development of a person-centred triage training programme for emergency nurses. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 17, no. 1, p. 31-37, 2009.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency triage: Manchester Triage Group**. 2. ed. Oxford: Blackwell, 2006.

MARQUES, A.; FREITAS, P. (Org.). **Triagem no serviço de urgência: Grupo de Triagem Manchester**. Lisboa: Grupo Portugues de Triagem, 2008.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, jan./fev. 2007.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-47, 2008.

MARTIN, M. M. A pivot nursing of triage. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 38, no. 1, p. 104-105, Jan.2012.

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

MARTINS, P.; FORCELLA, H. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 62-69, 2006.

MARTINS, S. M. S. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco em um serviço de urgência hospitalar**. 2012. 97 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

MAYER, T.; JENSEN, K. **Hardwiring flow**: systems and processes for seamless patient care. Gulf Breeze: Fire Starter, 2007.

MCKENNA, H. P. The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing? **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 19, no. 6, p. 1221-1225, June 1994.

MELO, E. M. C.; ASSUNÇÃO, A. A.; FERREIRA, R. A. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p.3000-3010, dez. 2007.

MENDES, A. C. G. **Avaliação da qualidade da assistência de urgência e emergência**: uma abordagem por triangulação de métodos. 2009. 287 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MOCERI J.T., DREVD AHL D.J. Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department, **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 40, no. 1, p.6-12, 2014.

MOLL H.A. Challenges in the validation of triage systems at emergency departments. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 63, no. 4, p. 384-388, Apr. 2010.

MÖLLER, M.; FRIDLUND, B.; GÖRANSSON, K. Patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, v. 24, no. 4, p. 746-754, Dec. 2010.

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

MONTEZELI, J. H. **O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro: uma análise na perspectiva das competências gerenciais**. 2009. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

MONTEZELLI, J.H.; LOPES, A.A. Implantação de um sistema classificatório do grau de dependência dos cuidados de enfermagem em um serviço de emergência. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 239-442, set/dez 2006.



MOTTA, V. T. **Bioestatística**. Caxias do Sul: EDUCS, 2006.

MUNTLIN, A.; GUINNINBERG, L.; CARLSSON, M.. Patient's perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, no. 8, p. 1045-1056, Aug. 2005.

MORAIS, A.S.; MELLEIROS, M.M. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p.112-120, jan./mar. 2013. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n1/pdf/v15n1a13.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a13.pdf)>. Acesso em: 25 jan 2014.

MURILLO, J. M. Rol del enfermero en el área de triage. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 23, n. 1, p. 82-89, jan./jun. 2005.

MURRAY, M.; BULLARD, M.; GRAFSTEIN, E. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale implementation guidelines. **Canadian Journal of Emergency Medical Care**, Ottawa, v. 6, no. 6, p. 421-427, Nov. 2004.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 4, p. 597-603, out./dez. 2011a. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a02.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. Classificação de Risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 84-88, jan./mar. 2011b.

NAGY G. et al. Physicians' opinion about competencies of the triage nurse in Hungarian Emergency Departments. 23rd ESICM Annual Congress 23., Barcelona, 9-13 Oct. 2010. Disponível em: <<http://posterconsultation.esicm.org/ModuleConsultationPoster/posterDetail.aspx?intIdPoster=1389>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

NONAKA, I. ;TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NONNENMACHER C.L. WEILLER T. H., OLIVEIRA S.G. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 3, p.541-549, jul/set. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a10.htm>>. Acesso em 25 jan. 2014.

NYSTROM M.; DAHLBERG K.; CARLSSON G. Non-caring encounters at an emergency care unit – a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 40, no. 7, p.761-769, 2003a.

NYSTROM M.; NYDEN K.; PETERSSON M. Being a non-urgent patient in an emergency care unit – a strive to maintain personal integrity. **Accident and Emergency Nursing**, Oxford, v. 11, no. 1, p. 22-26, 2003b.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010.

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, 2008.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M.H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualisUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009.

O'DWYER, G. O. et al. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualisUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009.

ODELL M., VICTOR C., OLIVER D. Nurses' role in detecting deterioration in ward patients: systematic literature review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 65, no. 10, p.1992-2006, 2009.

OKOLI, C.; PAWLOWSKI, S. D. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. **Information & Management**, Amsterdam, v. 42, no. 1, p. 15-29, Dec. 2004.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, dez. 2009.

OLIVEIRA, R. F.; SILVA, M. A.; COSTA, A. C. J. Classificação de risco pela enfermeira: uma revisão de literatura. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 1, p. 409-422, jan./abr. 2012.

OLIVEIRA, G.N. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, mar./abr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt\\_0104-1169-rlae-21-02-0500.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0500.pdf)> Acesso em: 15 dez. 2013.

OLOFSSON, P.; CARLSTRÖM, E. D.; BÄCK-PETTERSSON, S. During and beyond the triage encounter: chronically ill elderly patients' experiences throughout their emergency department attendances. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 20, no. 4, p. 207-213, Oct. 2012.

OLOFSSON, P.; GELLERSTEED, T. M.; CARLSTÖM, E. D. Manchester triage in Sweden: interrater reliability and accuracy. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 17, no. 3, p. 143-148, July 2009.

PARDEY, T. G. M. The clinical practice of Emergency Department Triage: Application of the Australasian Triage Scale—An extended literature review Part I: Evolution of the ATS. **Australasian Emergency Nursing Journal**, Amsterdam, v. 9, no. 4, p. 155-162, 2006.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerencia e competências gerais do enfermeiro. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul./set. 2006.

PERROCA, M.; GAIDZINSKI, R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 153-168, 1998.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M.; VIVAS-CONSUELO, D. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. S181-S190, 2002.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set./out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

PINTO Jr., D. **Valor preditivo do protocolo de classificação de risco em unidade de urgência de um hospital municipal de Belo Horizonte**. 2011. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

PINTO JÚNIOR, D.; SALGADO, P.O.; CHIANCA, T.C.M. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, dez., 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 fev. 2014.

PIZZOLATO, A. C. **Proposta de implantação do acolhimento e avaliação com classificação de risco no Pronto Socorro do Hospital Universitário Cajuru**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2008. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.098.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUITETE, J. B.; OLIVEIRA, A. L. G. **Acolhimento com classificação de risco no serviço de emergência de um Hospital Geral**. Rio de Janeiro: Hospital Geral de Guarus, 2008. Disponível em: <<http://www.hgg.rj.gov.br/artigos/artigoandreejane.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2009.

QURESHI, N. A. Triage systems: a review of the literature with reference to Saudi Arabia. **Eastern Mediterranean Health Journal**, Alexandria, v. 16, no. 6, p. 690-698, June 2010. Disponível em: <[http://applications.emro.who.int/emhj/V16/06/16\\_6\\_2010\\_0690\\_0698.pdf](http://applications.emro.who.int/emhj/V16/06/16_6_2010_0690_0698.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2011.

RAIMUNDO J. S., CADETE M. M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, nesp. 2, p.61-67, 2012.

RANDOW R.M.V. et al. Articulação com Atenção Primária à Saúde de gerentes de Unidade de Pronto-Atendimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – RENE**, Fortaleza, v. 12, nesp, p. 904-912, 2011.

RANKIN, J. A. THEN, K. L., ATACK L. Can emergency nurses' triage skills be improved by online learning? results of an experiment. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 39, no. 1, p. 20-26, Jan. 2013.

RODRIGUES, C. D. S. **Competências para a preceptoria**: construção no programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

ROMERO, R. et al. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. **Revista de Calidad Asistencial**, Oviedo, v. 26, n. 2, p. 111-122, 2011.

ROSSANEIS, M. A. et al. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 4, p. 648-656, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a08.htm>>. Acesso em: 18 out. 2011

SADLER, G. R. et al. Recruitment of hard-to-reach population subgroups via adaptations of the snowball sampling strategy. **Nursing & Health Sciences**, Carlton, v. 12, no. 3, p. 369-374, Sept. 2010.

SANTOS et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, abr./dez. 2003.

SANTOS, S.R. Sistema de informação em enfermagem: interação do conhecimento tácito-explicito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 100-104, jan./fev. 2005.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. H.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SCARPARO, A.F. **Perspectivas do gerenciamento de enfermagem hospitalar**. 2012. 150 f. Tese (Doutorado em Ciências)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - RENE**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012.

SCHMOELLER, R. **Construindo indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência**. 2011. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SCHULL, M. J.; KISS, A.; SZALAI, J.-P. The effect of low-complexity patients on Emergency Department Waiting Times. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 49, no. 3, p. 257-264, Mar. 2007.

SHIROMA, L. M. B. **Classificação de risco em serviço de emergência no contexto da Política Nacional de Humanização do SUS: um desafio para enfermeiros/as**. 2008. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de risco em emergência: um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 14-17, 2011.

SILVA, A. M. **Competências da enfermeira para a atenção à criança na rede básica de saúde**. 2012. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SILVA, R; TANAKA, O. Técnica Delphi: identificando as competências do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p.207-216, set.1999.

SILVA V. P. M., et al. Caracterização do perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 18-27, 2007.

SILVA A.M, et al. Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 348-351, jun. 2009.

SILVA et al. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 368- 376, abr./jun. 2010.

SMITH, A. et al. Use of multiple pedagogies to promote confidence in triage decision making: a pilot study. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 39, no. 3, p. 660-666, Nov. 2013.

SMITH, A.; CONE, K.J. Triage decision-making skills: a necessity for all nurses. **Journal for Nurses in Professional Development**, Hagerstown, v. 26, no.1, p.E14-E19, Jan.- Feb. 2010.

SCHUETZ et al. Optimizing triage and hospitalization in adult general medical emergency patients: the triage project. **BMC Emergency Medicine**, London, v. 13, n. 12, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-227X/13/12>> Acesso em: 19 jan. 2014.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. **Recomendación científica 99/01/01, de 15 de junio de 1999**: recepción, acogida y clasificación asistencial de los pacientes en urgencias. Sevilla, 1999. Disponível em: <<http://www.saludinnova.com/communities/Urgencias/docs/download/Microsoft%20Word%20-%20RECOMENDACION1.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2012.

SOLER, W. et al. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, Pamplona, v. 33, supl. 1, p. 55-68, 2010.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 26-33, jan./fev. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf)> . Acesso em: 11 nov.2013.

SOUZA R.B; SILVA M.J.P; NORI A. Pronto-socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 242-249, 2007.

SOUZA S.S. et al. A epidemiologia como instrumental na produção de conhecimento em enfermagem. **Revista de Enfermagem- UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 58-63, jan./mar. 2008.

SOUZA, R. S.; BASTOS, M. A. R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 581-586, out./dez. 2008.

SPAGNOL, C. A. et al. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem; **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 803- 811, 2010.

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

STOVER-BAKER, B., STAHLMAN, B., POLLACK, M. Triage nurse prediction of hospital admission. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 38, no. 3, p. 306-310, May, 2012.

SULFARO S. B. Triage evolution: from labeling to streaming. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 39, no. 6, p. 667-668, Nov. 2013.

SURVEYMONKEY. **Smart survey design**. Palo Alto, 2011. Disponível em: <<http://help.surveymonkey.com/euf/assets/docs/pdf/SmartSurvey.pdf?noIntercept/1&session=L3RpbWUvMTM1MjZnZy1OC9zaWQvR1BDbjNEYWw%3D>>. Acesso em: 25 out. 2012.

TANABE, P. et al. Should you close your waiting room? addressing ed overcrowding through education and staff-based participatory research. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 34, no. 4, p. 285-289, Aug. 2008.

TANABE, P. et al. The Emergency Severity Index (version 3) 5-level triage system scores predict ED resource consumption. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 30, no. 1, p. 22-29, Feb. 2004.

TIPPINS E. How emergency department nurses identify and respond to critical illness. **Emergency Nurse**, Harrow, v. 13, no. 3, p. 24-33, 2005.

TOLEDO, A. D. **Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte**. 2009. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

TRAVERS JP, LEE FC. Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department: is there a role for the senior emergency physician in triage? **European Journal Emergency Medicine**, London, v. 13, no. 6, p. 342-348, 2006.

TRAYNOR , M.; BOLAND , M.; BUUS, N. Autonomy, evidence and intuition: nurses and decision-making. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 66, no. 7, p. 1584-1591, 2010.

VALDEZ, A. M. So much to learn, so little time: educational priorities for the future of emergency nursing. **Advanced Emergency Nursing Journal**, Philadelphia, v. 31, no. 4, p. 337-353, Oct./Dec. 2009.

VALENÇA L. M.; RESTIVO P. C. N.; NUNES M.S. Variação sazonal nos atendimentos de emergência por asma em Gama, Distrito Federal. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 284-289, 2006.

VAN VEEN, M.; MOLL, H. Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, London, v. 17, no. 38, 2009. Disponível em: <<http://www.sjtem.com/content/17/1/38> >. Acesso em: 17 jan. 2014.

VAN DER WULP, I.; VAN BAAR, M. E.; SCHRIJVERS, A. J. Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 25, no. 7, p. 431-434, July 2008.

VATNOY, T.K et al. Triage assessment of registered nurses in the emergency department. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 21, no. 2, p. 89-96, 2013.

VENDEMIATTI, M. et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1301-1314, 2010.

VERLOOT, S. M.; LUITSE, J. The agreement of the Manchester triage system and a emergency severity index in terms of agreement: a comparison. **Academic Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 14, no. 5, suppl. 1, p. 57, May 2007.

VERTESI, L. Does the Canadian emergency department triage and acuity scale identify non-urgent patients who can be triaged away from the emergency department? **CJEM**, Ottawa, v. 6, no. 5, p. 337-342, 2004.

VIEIRA, S. **Como elaborar questionários**. São Paulo: Atlas, 2009.

VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C.; FRANCO, T. B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 9-22, mar./jun.2011.

VITURI, D. W. et al. Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, set./out. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt\\_0104-1169-rlae-21-05-1179.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1179.pdf)> . Acesso em: 13 jan. 2014.

WEBER, E. J.; MCALPINE, I.; GRIMES, B. Mandatory triage does not identify high-acuity patients within recommended time frames. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 58, no. 2, p. 137-142, Aug. 2011.

WHEELER et al. Level of pain and waiting time in the emergency department. **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v. 11, no. 2, p. 108-114, June 2010.

WONG et al. The effect of a triage pain management protocol for minor musculoskeletal injury patients in a Hong Kong emergency department. **Australasian Emergency Nursing Journal**, Amsterdam, v. 10, no. 2, p. 64-72, 2007.

WIDGREN, B. R.; JOURAK, M. Medical emergency triage and treatment system (METTS): a new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. **Journal of Emergency Medicine**, New York, v. 40, no. 6, p. 623-628, 2011.

WILLER L. J. et al. Optimizing Emergency Department Front-End Operations. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 55, no. 2, p. 142-157, Feb. 2010.

WITT, R.R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública**. 2005. 336 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.



WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P.; ARAUJO V. E. Nurses' competencies in primary health care: a Delphi technique study. **Online Brazilian Journal Nursing**, Niterói, v. 5, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/546>>. Acesso em: 22 jul. 2008.

WOLF, L. Acuity assignment an ethnographic exploration of clinical decision making by emergency nurses at initial patient presentation. **Advanced Emergency Nursing Journal**, Philadelphia, v. 3, no. 32, p. 234-246, 2010a.

WOLF, L. Does your staff really “get” initial patient assessment? assessing competency in triage using simulated patient encounters. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 36, no. 4, p. 370-374, July 2010b.

WOLF, L. Research in triage?!?: using an integrated, ethically driven framework for clinical decision making, **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 39, no. 1, p. 104-106, 2013.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 55-65, 2000.

XU, K. T.; NELSON, B. K.; BERK, S. The changing profile of patients who used emergency department services in the United States: 1996 to 2005. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 54, no. 6, p. 805-810, Dec. 2009.

YURKOVA, I.; WOLF, L. Under-triage as a significant factor affecting transfer time between the emergency department and the intensive care unit. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 37, no. 5, p. 491-496, Sept. 2011.

ZANELLATTO, D. M.; DAL PAI, D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 358-365, 2010.

ZEM, K.K.S.; MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 899-908, 2012.

## **APÊNDICE A - APRESENTAÇÃO DA PESQUISA AOS INFORMANTES-CHAVE E JUÍZES**

Estudo Delphi: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS

### **INTRODUÇÃO:**

Os serviços de urgência, inicialmente foram organizados com a finalidade de atender casos graves, de forma rápida e eficaz, prestando assistência em situações de emergência e urgência para os usuários portadores de agravos agudos, doenças crônicas, causas externas. No entanto, em diversos países do mundo, houve um aumento da demanda de pacientes a esses serviços. O excesso de usuários, a falta de leitos para internação hospitalar, o quadro insuficiente de profissionais para atender a demanda e os problemas advindos da falta de acesso dos serviços da atenção primária e ambulatorial são fatores que vêm gerando situação de superlotação nos serviços de urgência.

Nesse contexto, a triagem foi implantada nos serviços de urgência no cenário internacional, com a proposição de gerenciar o fluxo de pacientes com segurança quando as necessidades e as demandas dos usuários excedem a capacidade instalada de recursos materiais, humanos e de infra-estrutura. Ao longo do tempo, o processo de triagem evoluiu e, atualmente, refere-se à utilização de um protocolo de classificação que permite a priorização do atendimento de acordo com a gravidade da condição de saúde dos pacientes, determinando a classificação do risco e o tempo de espera para a assistência no serviço de urgência.

O enfermeiro é o profissional que vem sendo responsável pela classificação de risco. A capacidade de realizar uma classificação segura, a partir de uma avaliação utilizando dados fisiológicos e breve histórico do problema do usuário, consiste em uma ação de competência do enfermeiro da triagem/Classificação de Risco.

Em consonância com a assertiva de que as políticas de saúde determinam o conjunto de ações desempenhadas pelos profissionais de saúde, a Política Nacional de Atenção às Urgências determinou o surgimento da classificação de risco como atividade do enfermeiro. O enfermeiro vem desenvolvendo essa atividade, buscando organizar as demandas dos usuários, com diferentes níveis de complexidade, com a finalidade de prestar um atendimento qualificado.

Estudos nacionais indicam que o excessivo número de usuários, o elevado tempo de espera para casos não urgentes, o desconhecimento dos usuários sobre a esse processo classificatório acarretam fragilidades para a operacionalização da Classificação de Risco (NASCIMENTO et al., 2011; ROSSANEIS et al., 2011; MARTINS, 2012).

Considerando-se a diversidade de agravos de saúde da população brasileira e com base no que vem sendo apresentado na literatura nacional, faz-se necessário organizar o conhecimento a respeito dessa nova modalidade do saber e do fazer do enfermeiro nos serviços de Emergência.

Acredita-se que os resultados do presente estudo favorecerão a reflexão sobre a temática, e podem fornecer subsídios para contribuir com a realização dessa atividade pelo enfermeiro.

## **OBJETIVO**

Analisar segundo a ótica dos enfermeiros, a classificação de risco nos serviços de Emergência, no cenário nacional, indicando as potencialidades e fragilidades na realização dessa atividade e obtendo sinalizações das perspectivas de trabalho, nesta área, para o futuro.

## **METODOLOGIA:**

Com base no objetivo da pesquisa será realizado estudo descritivo de natureza quantitativa, de mensuração de opinião, estruturado, com a utilização da Técnica Delphi.

A técnica Delphi é método destinado ao refinamento de opiniões de um grupo de especialistas no campo ou indivíduos com experiência profissional na área ou altamente instruídos, com a finalidade de alcançar o consenso de opinião por meio de uma série de questionários interativos sobre o tema em estudo. Os questionários circularão pelo grupo de especialistas convidados, em torno de duas a três vezes (rodadas) ou até que se consiga consenso das opiniões (SCARPARO et al., 2012).

Para este estudo, os especialistas convidados serão os enfermeiros que atuam na classificação de risco em Serviços de Emergência e pesquisadores ( Mestres e Doutores) além de alunos de cursos de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado e Doutorado) que estudem tal temática.

Na primeira rodada, o questionário será enviado aos especialistas participantes, via e-mail, sendo solicitado, que respondam às questões. Na seqüência, as informações serão analisadas estatisticamente e assim se iniciará a segunda rodada, sendo fornecido o

retorno das respostas analisadas, as quais serão enviadas para os participantes juntamente com o novo questionário.

Quando receberem o retorno das questões, os participantes reavaliarão as suas repostas com base naquelas apresentadas pelos demais participantes do grupo. Esse é o procedimento até que se estabeleça o consenso em relação às questões apresentadas. De acordo com o previsto no termo de consentimento, será mantido anonimato e as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins de pesquisa e divulgação no meio acadêmico e científico.

Considerando que a pesquisa incluirá a opinião de enfermeiros sobre a Classificação de Risco, nas diferentes regiões do Brasil, solicitamos, por obséquio, que nos enviem o contato de até **três** enfermeiros (as), com possibilidade de participar do grupo, isto é, que possuam experiência profissional em serviços de urgência ou que sejam pesquisadores da área de urgências.

## REFERÊNCIAS

MARTINS, S. M. S. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco em um serviço de urgência hospitalar**. 2012. 97 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 4, p. 597-603, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a02.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

ROSSANEIS, M. A. et al. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 4, p. 648-656, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a08.htm>>. Acesso em: 18 out. 2011

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012.

## APÊNDICE B - OFÍCIO-CONVITE PARA A PARTICIPAÇÃO NO PAINEL E SINALIZAÇÃO DE CONTATOS

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de solicitar a sua colaboração em projeto de pesquisa, desenvolvido para fins de curso de Doutorado em Enfermagem, com a finalidade de analisar a Classificação de Risco na perspectiva do enfermeiro. Esta pesquisa é de autoria de Carmen Lúcia Mottin Duro, doutoranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Prof<sup>ra</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Alice Dias da Silva Lima.

Trata-se de um estudo que busca obter consenso de opinião de um grupo de enfermeiros e pesquisadores, sobre a atividade de classificação de risco na atualidade e perspectivas futuras para a profissão. Assim, diante dessa breve apresentação, com base na sua experiência e conhecimento nessa área, gostaríamos de convidá-lo a participar desse grupo, mediante o seu interesse de participação.

Manifestando-se de forma favorável quanto à participação da pesquisa, basta clicar no **link** apresentado ao final do e-mail, o qual irá direcionar imediatamente para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual você definirá a sua participação. Caso seja assinalada a opção de aceite de participação, se abrirá também o questionário para o seu preenchimento.

O questionário é apresentado em duas partes. A primeira consta de dados de identificação, que tem por fim caracterizar os respondentes e a segunda parte é composta por 37 questões estruturadas (fechadas), nas quais basta escolher e assinalar uma das opções expostas.

Assim, pedimos a gentileza de que, se possível, seja respondido no prazo de 15 dias. Em qualquer momento, você poderá retornar as dúvidas que surgirem para [pesquisacarduro@gmail.com](mailto:pesquisacarduro@gmail.com)

Link:

Agradecemos a sua valiosa colaboração e ressaltamos que esta pesquisa busca trazer o aperfeiçoamento da profissão.

Atenciosamente,

**Carmen Lucia Mottin Duro**

Mestre em Enfermagem. Estudante do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Dra. Maria Alice dias da Silva Lima**

Profa. Associada, Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio grande do Sul.

## **APÊNDICE C - OFÍCIO-CONVITE PARA OS JUÍZES PARA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO**

Porto Alegre, 14 de novembro de 2012.

**Prezada Profa. Dra.**

Sou a pesquisadora responsável pelo projeto de tese de doutorado intitulado **ANÁLISE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS** sob orientação da Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima solicito a valiosa colaboração para a realização de validação de conteúdo e aparência do documento que se encontra em anexo.

Trata-se de instrumento de pesquisa que será aplicado por meio da plataforma eletrônica *SurveyMonkey*® com objetivo de analisar a Classificação de Risco em serviços de urgência hospitalar de acordo com a opinião de enfermeiros na atualidade e perspectivas futuras para a profissão no contexto brasileiro.

Peço a gentileza de devolver o material em dez dias a partir do recebimento da correspondência.

Agradeço a atenção.

Carmen Lucia Mottin Duro

Fone: 51- 996849996 ou 51- 32192340

e-mail: [pesquisacarduro@gmail.com](mailto:pesquisacarduro@gmail.com)

## APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE PESQUISA DA PRIMEIRA RODADA DO ESTUDO DELPHI NA PLATAFORMA SURVEYMONKEY

### QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

#### I TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

1. Gostaríamos de convidá-lo a participar voluntariamente de um estudo científico intitulado **ANÁLISE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS**. Trata-se de um projeto de pesquisa de tese de doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O projeto tem por objetivo analisar a Classificação de Risco nos Serviços de Urgência/Emergência a partir da opinião dos enfermeiros e obter sinalizações quanto às perspectivas desse trabalho de classificação para o futuro. As informações coletadas serão utilizadas para fins de pesquisa e divulgação no meio acadêmico e científico, preservando o anonimato dos participantes em conformidade com a resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados deste estudo podem fornecer subsídios para a estruturação e o aprimoramento da Classificação de Risco. A literatura científica relata que pesquisas com utilização da técnica Delphi podem ocasionar desconforto aos especialistas participantes do estudo ao responderem o questionário. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é fornecido na plataforma eletrônica SurveyMonkey®, sendo que aqueles que aceitarem participar da pesquisa poderão imprimir e guardar consigo uma cópia do documento. O mesmo será feito pelas pesquisadoras, que manterão cópia do termo em arquivo, conforme legislação vigente. O questionário contempla questões fechadas, consome de 20 a 30 minutos para o seu preenchimento e deverá ser respondido no prazo de 10 dias, via plataforma eletrônica. Você poderá desistir de participar do estudo, a qualquer momento, sem acarretar prejuízos ou constrangimentos a seu desempenho profissional, e terá a garantia de receber explicações sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa, quando solicitadas. Acrescenta-se que não haverá ônus moral, material ou financeiro aos participantes da pesquisa. Para qualquer esclarecimento, entre em contato com as pesquisadoras: Carmen Lucia Mottin Duro, telefone: +55 (51) 99684996, e-mail: pesquisacarduro@gmail.com; Maria Alice Dias da Silva Lima, e-mail: malice@enf.ufrgs.br; Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, telefone: +55 (51) 33083738.

Declaro que tenho conhecimento dos direitos descritos acima e concordo em participar voluntariamente do estudo. Estando ciente e de acordo, sinalizo abaixo a aceitação do termo.

Por favor, pedimos a gentileza de assinalar o consentimento de participação.

- Aceito participar da pesquisa.
- Não aceito participar da pesquisa.

**QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO**

Solicita-se, nesta seção, que você preencha os espaços com o que se pede.

**2. Solicita-se, nesta seção, que você preencha os espaços com as iniciais do nome e com a data em que respondeu ao questionário.**

INICIAIS DO NOME:

DATA:

**3. Sexo:**

1. Masculino

2. Feminino

**4. Idade:**

Escreva o número em anos

**5. Ano de conclusão da Graduação em Enfermagem:**

Escreva o ano

**6. Possui pós-graduação?**

1. Sim

2. Não

**II SEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

**7. Indique o maior grau de formação que possui.**

1. Especialização

2. Mestrado acadêmico

3. Mestrado profissional

4. Doutorado

5. Pós-doutorado

**8. Você tem experiência em Serviço de Urgência/Emergência?**

1. Sim

2. Não

**II SEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

**9. Quanto tempo de experiência você possui em Serviço de Urgência/Emergência?**

Escreva em anos



**QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO****10. Qual o(s) tipo(s) de atividade(s) você exerce?**

1. De assistência  
 2. De pesquisa  
 3. De ensino

**11. A(s) atividade(s) desenvolvida(s) está associada ao contexto dos serviços de Urgência/Emergência?**

1. Sim  
 2. Não

**12. Há quanto tempo você atua nesta (s) atividade(s)? Se possuir mais de um vínculo empregatício, discrimine-os separadamente:**

Escreva em anos e descreva o tipo de atividade

Escreva em anos e descreva o tipo de atividade

**13. Unidade da Federação Brasileira em que desenvolve a(s) atividade(s):**

Sigla do estado:

**14. Natureza do local de trabalho/estudo (marcar mais de uma opção, se for o caso):**

1. Instituição hospitalar privada  
 2. Instituição hospitalar filantrópica  
 3. Instituição hospitalar pública  
 4. Instituição de ensino público  
 5. Instituição de ensino privado  
 6. Outro(s).

Qual(is)?

**15. O serviço de urgência em que você atua utiliza algum protocolo de Classificação de Risco?**

1. Sim  
 2. Não

**II SEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

**QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO**

**16. Que protocolo de Classificação de Risco é utilizado no serviço de Urgência/Emergência em que você atua?**

1. Sistema de Classificação de Risco Manchester
2. Protocolo do Ministério da Saúde de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
3. Protocolo Canadense
4. Protocolo institucional do seu serviço
5. Outro Protocolo de Classificação de Risco

Qual?

**17. Há quanto tempo é utilizada a Classificação de Risco no serviço de Urgência/Emergência em que você atua?**

Escreva em meses

**II SEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

**18. Você realiza ou já realizou a Classificação de Risco em serviço de Urgência/Emergência?**

1. Sim
2. Não

**II SEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

**19. Há quanto tempo você realiza ou realizou a Classificação de Risco?**

Escreva em meses

**20. Você recebeu capacitação para realizar a Classificação de Risco no seu trabalho?**

1. Sim
2. Não

**II SEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

**QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO****21. Para qual sistema de Classificação de Risco você recebeu capacitação?**

1. Sistema de Classificação de Risco Manchester
2. Protocolo do Ministério da Saúde de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
3. Protocolo Canadense
4. Protocolo institucional do seu serviço
5. Outro Protocolo

Qual?

**22. Há quanto tempo você realizou a capacitação informada?**

Escreva em meses

**III SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO**

Uma série de afirmações sobre a Classificação de Risco em Serviços de Urgência/Emergência são apresentadas abaixo. A partir da sua vivência, assinale a opção que indica sua concordância ou discordância, utilizando, para isso, uma escala de 1 a 5, sendo 5= "concordo totalmente" e 1= "discordo totalmente".

**QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO****23. DINÂMICA DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA****NA ATUALIDADE:**

	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Não Discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)
1. A Classificação de Risco tem a finalidade de determinar a prioridade do risco, de acordo com a gravidade da condição clínica do paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. A Classificação de Risco avalia o estado clínico do paciente e determina a prioridade de atendimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A Classificação de Risco possibilita ordenar o fluxo de pacientes no Serviço de Urgência/Emergência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. A Classificação de Risco permite a redução de agravos e sequelas dos pacientes urgentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. A Classificação de Risco possibilita a avaliação do paciente no tempo preconizado pelos protocolos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A Classificação de Risco contribui para a diminuição do tempo de espera dos pacientes graves por atendimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. A Classificação de Risco propicia a organização do trabalho do enfermeiro no serviço de Urgência/Emergência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. A Classificação de Risco contribui para a organização do serviço de Urgência/Emergência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

### 24. DINÂMICA DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

#### NO FUTURO (PRÓXIMOS 10 ANOS):

	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Não Discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)
1. A Classificação de Risco terá a finalidade de determinar a prioridade do risco, de acordo com a gravidade da condição clínica do paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. A Classificação de Risco avaliará o estado clínico do paciente e determinará a prioridade de atendimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A Classificação de Risco ordenará o fluxo de atendimento aos pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. A Classificação de Risco permitirá a redução de agravos e sequelas dos pacientes urgentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. A Classificação de Risco possibilitará a avaliação do paciente no tempo preconizado pelos protocolos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A Classificação de Risco contribuirá para a diminuição do tempo de espera dos pacientes graves por atendimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. A Classificação de Risco propiciará a organização do trabalho do enfermeiro no serviço de Urgência/Emergência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. A Classificação de Risco contribuirá para a organização do serviço de Urgência/Emergência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### III SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

Uma série de afirmações sobre a Classificação de Risco em Serviços de Urgência/Emergência são apresentadas abaixo. A partir da sua vivência, assinale a opção que indica sua concordância ou discordância, utilizando, para isso, uma escala de 1 a 5, sendo 5= "concordo totalmente" e 1= "discordo totalmente".

## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

### 25. AÇÕES DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PACIENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

#### NA ATUALIDADE:

	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Não Discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)
1. O enfermeiro desenvolve a escuta das queixas e os antecedentes das condições de saúde do paciente durante a realização da Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O enfermeiro realiza a avaliação da situação clínica a partir dos sinais e sintomas do paciente na Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O enfermeiro realiza a Classificação de Risco do paciente no período de tempo estipulado pelo protocolo utilizado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O enfermeiro orienta o paciente sobre o significado das cores das pulseiras, as quais diferem de acordo com a gravidade das condições de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. O enfermeiro informa o paciente sobre o tempo de espera por atendimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. O enfermeiro orienta o paciente a avisá-lo caso haja alguma modificação de seus sintomas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. O enfermeiro informa o paciente e familiares/acompanhantes sobre a Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. O enfermeiro reavalia a situação clínica dos pacientes durante o período de espera por atendimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. O enfermeiro tem autonomia para realizar a Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. O enfermeiro encaminha pacientes não urgentes para serviços de Atenção Primária e ambulatoriais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

### 26. AÇÕES DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PACIENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

#### NO FUTURO (PRÓXIMOS 10 ANOS):

	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Não Discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)
1. O enfermeiro permanecerá realizando a Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O enfermeiro terá autonomia para realizar a Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O enfermeiro encaminhará pacientes não urgentes para serviços de Atenção Primária e ambulatoriais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### III SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

Uma série de afirmações sobre a Classificação de Risco em Serviços de Urgência/Emergência são apresentadas abaixo. A partir da sua vivência, assinale a opção que indica sua concordância ou discordância, utilizando, para isso, uma escala de 1 a 5, sendo 5= "concordo totalmente" e 1= "discordo totalmente".

**QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO****27. CONHECIMENTOS E HABILIDADES DO ENFERMEIRO NECESSÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA****NA ATUALIDADE:**

	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Não Discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)
1. O enfermeiro utiliza conhecimento clínico para realizar a Classificação de Risco, a fim de avaliar o estado de saúde do paciente e definir a prioridade de atendimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O enfermeiro utiliza conhecimento do perfil epidemiológico da população atendida para a realização da Classificação de Risco do paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O enfermeiro utiliza a capacidade intuitiva para avaliar e priorizar o atendimento do paciente na Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O enfermeiro utiliza a habilidade de comunicação para a realização da Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. O enfermeiro administra os conflitos com os usuários durante a Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. O enfermeiro necessita de experiência profissional para avaliar o paciente na Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. O enfermeiro considera as situações sociais relacionadas com o problema do paciente na determinação da prioridade do risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. O enfermeiro necessita de capacitação específica para a realização da Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

### 28. CONHECIMENTOS E HABILIDADES DO ENFERMEIRO NECESSÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

#### NO FUTURO (PRÓXIMOS 10 ANOS):

	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Não Discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)
1. O enfermeiro administrará os conflitos com os usuários durante a Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O enfermeiro considerará as situações sociais relacionadas com o problema do paciente na determinação da prioridade do risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O enfermeiro necessitará de capacitação específica para a realização da Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### III SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

Uma série de afirmações sobre a Classificação de Risco em Serviços de Urgência/Emergência são apresentadas abaixo. A partir da sua vivência, assinale a opção que indica sua concordância ou discordância, utilizando, para isso, uma escala de 1 a 5, sendo 5= "concordo totalmente" e 1= "discordo totalmente".

## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

### 29. UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO/ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

#### NA ATUALIDADE:

	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Não Discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)
1. O Protocolo de Classificação de Risco adota critérios que contemplam o perfil epidemiológico da população atendida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O protocolo de Classificação de Risco estabelece prioridades de atendimento com as quais os enfermeiros concordam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O protocolo de Classificação de Risco define prioridades de atendimento que geram discordâncias entre os enfermeiros e os médicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O protocolo de Classificação de Risco estabelece prioridade de atendimento por meio de fluxogramas adequados para fundamentar as decisões dos enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. O Protocolo de Classificação de Risco é avaliado continuamente para assegurar a sua aplicabilidade na definição de prioridades de atendimento, de acordo com o risco dos pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

### 30. UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO/ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

#### NO FUTURO (PRÓXIMOS 10 ANOS):

	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Não Discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)
1. O Protocolo de Classificação de Risco adotará critérios que contemplarão o perfil epidemiológico da população atendida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O protocolo de Classificação de Risco estabelecerá prioridades de atendimento com as quais os enfermeiros concordarão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O Protocolo de Classificação de Risco definirá prioridades de atendimento que gerarão discordâncias entre os médicos e os enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O protocolo de Classificação de Risco estabelecerá a prioridade de atendimento por meio de fluxogramas adequados para fundamentar as decisões dos enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Os Protocolos de Classificação de Risco serão reavaliados para assegurar a sua aplicabilidade na definição de prioridades de atendimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### III SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

Uma série de afirmações sobre a Classificação de Risco em Serviços de Urgência/Emergência são apresentadas abaixo. A partir da sua vivência, assinale a opção que indica sua concordância ou discordância, utilizando, para isso, uma escala de 1 a 5, sendo 5= "concordo totalmente" e 1= "discordo totalmente".

**QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO****31. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA****NA ATUALIDADE:**

	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Não Discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)
1. No setor de Classificação de Risco, os equipamentos para aferição dos sinais vitais, glicemia e nível de saturação de oxigênio sanguíneo favorecem a realização da Classificação de Risco pelo enfermeiro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O ambiente possibilita acolher o usuário para a realização da Classificação de Risco pelo enfermeiro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A área física do setor de Classificação de Risco favorece a privacidade do usuário.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O dimensionamento do número de enfermeiros por turno de trabalho é suficiente para realizar a Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. São realizadas capacitações periódicas, para os enfermeiros, sobre a utilização dos Protocolos Classificatórios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**32. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA****NO FUTURO (PRÓXIMOS 10 ANOS):**

	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Não Discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)
1. O ambiente possibilitará acolher o usuário para realização da Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. A área física do setor de Classificação de Risco favorecerá a privacidade do usuário.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O dimensionamento do número de enfermeiros por turno de trabalho será suficiente para realizar a Classificação de Risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Serão realizadas capacitações periódicas, para os enfermeiros, sobre a utilização dos Protocolos Classificatórios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## APÊNDICE E- INSTRUMENTO DE PESQUISA DA SEGUNDA RODADA DO ESTUDO DELPHI NA PLATAFORMA SURVEYMONKEY

### QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

#### I TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaríamos de convidá-lo a participar voluntariamente de um estudo científico intitulado **ANÁLISE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS**. Trata-se de um projeto de pesquisa de tese de doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O projeto tem por objetivo analisar a **Classificação de Risco nos Serviços de Urgência/Emergência** a partir da **opinião dos enfermeiros** e obter **sinalizações quanto às perspectivas desse trabalho de classificação para o futuro**. As informações coletadas serão utilizadas para fins de pesquisa e divulgação no meio acadêmico e científico, preservando o anonimato dos participantes em conformidade com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados deste estudo podem fornecer subsídios para a estruturação e o aprimoramento da **Classificação de Risco**. A literatura científica relata que pesquisas com utilização da técnica Delphi podem ocasionar desconforto aos especialistas participantes do estudo ao responderem o questionário. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é fornecido na plataforma eletrônica SurveyMonkey®, sendo que aqueles que aceitarem participar da pesquisa poderão imprimir e guardar consigo uma cópia do documento. O mesmo será feito pelas pesquisadoras, que manterão cópia do termo em arquivo, conforme legislação vigente. O questionário contempla questões fechadas, consome de 20 a 30 minutos para o seu preenchimento e deverá ser respondido no prazo de 10 dias, via plataforma eletrônica. Você poderá desistir de participar do estudo, a qualquer momento, sem acarretar prejuízos ou constrangimentos a seu desempenho profissional, e terá a garantia de receber explicações sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa, quando solicitadas. Acrescenta-se que não haverá ônus moral, material ou financeiro aos participantes da pesquisa. Para qualquer esclarecimento, entre em contato com as pesquisadoras: **Carmen Lucia Mottin Duro**, telefone: +55 (51) 99684996, e-mail: [pesquisacarduro@gmail.com](mailto:pesquisacarduro@gmail.com); **Maria Alice Dias da Silva Lima**, e-mail: [malice@enf.ufrgs.br](mailto:malice@enf.ufrgs.br); Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, telefone: +55 (51) 33083738.

Declaro que tenho conhecimento dos direitos descritos acima e concordo em participar voluntariamente do estudo. Estando ciente e de acordo, sinalizo abaixo a aceitação do termo.

Por favor, pedimos a gentileza de assinalar o consentimento de participação.

- Aceito participar da pesquisa.
- Não aceito participar da pesquisa.

#### II SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

Nesta rodada, os participantes poderão rever suas opiniões frente às respostas do grupo, referentes à área temática: "DINÂMICA DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA ATUALIDADE" podendo mantê-las ou alterá-las, após reflexão sobre o assunto.

**23.5 A Classificação de Risco possibilita a avaliação do paciente no tempo preconizado pelos protocolos.**

Na primeira rodada de opiniões dos enfermeiros participantes obteve-se:

**Discordo Totalmente (8,5%); Discordo (23,1%); Não discordo nem concordo (21,5%); Concordo (33,8%); Concordo Totalmente (12,3%).**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo totalmente" e 1 = "Discordo totalmente".

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

## II SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

Nesta rodada, os participantes poderão rever suas opiniões frente às respostas do grupo, referentes à área temática:

"AÇÕES DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PACIENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA ATUALIDADE" podendo mantê-las ou alterá-las, após reflexão sobre o assunto.

**25.3 O enfermeiro realiza a Classificação de Risco do paciente no período de tempo estipulado pelo protocolo utilizado.**

Na primeira rodada de opiniões dos enfermeiros participantes obteve-se:

**Discordo Totalmente (3,1%); Discordo (24,6%); Não discordo nem concordo (21,5%); Concordo (39,2 %); Concordo Totalmente (11,5%).**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo Totalmente" e 1 = "Discordo Totalmente".

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

**QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO**

**25.4. O enfermeiro orienta o paciente sobre o significado das cores das pulseiras, as quais diferem de acordo com a gravidade das condições de saúde.**

**Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:**

**Discordo Totalmente (0,8%); Discordo (17,7%); Não discordo nem concordo (18,5%);  
Concordo (46,2%); Concordo Totalmente (16,9%) .**

**Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4= "Concordo Totalmente" e 1= "Discordo Totalmente".**

- Discordo Totalmente (1)  
 Discordo (2)  
 Concordo (3)  
 Concordo Totalmente (4)

**25.5. O enfermeiro informa o paciente sobre o tempo de espera por atendimento.**

**Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:**

**Discordo Totalmente (4,6%); Discordo (15,4%); Não discordo nem concordo (13,1%);  
Concordo (49,2%); Concordo Totalmente (17,7%) .**

**Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4= "Concordo totalmente" e 1= "Discordo totalmente".**

- Discordo Totalmente (1)  
 Discordo (2)  
 Concordo (3)  
 Concordo Totalmente (4)

**QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO**

**25.6. O enfermeiro orienta o paciente a avisá-lo caso haja alguma modificação de seus sintomas.**

**Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:**

**Discordo Totalmente (2,3%); Discordo (13,1%); Não discordo nem concordo (19,2%);  
Concordo (37,7%); Concordo Totalmente (26,9%).**

**Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo Totalmente" e 1 = "Discordo Totalmente".**

- Discordo Totalmente (1)  
 Discordo (2)  
 Concordo (3)  
 Concordo Totalmente (4)

**25.7. O enfermeiro informa o paciente e familiares/acompanhantes sobre a Classificação de Risco.**

**Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:**

**Discordo Totalmente (2,3%) ; Discordo (24,6%) ; Não discordo nem concordo (20,0%);  
Concordo (39,2%); Concordo Totalmente (13,8%).**

**Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo Totalmente" e 1 = "Discordo Totalmente".**

- Discordo Totalmente (1)  
 Discordo (2)  
 Concordo (3)  
 Concordo Totalmente (4)



## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

**25.8. O enfermeiro reavalia a situação clínica dos pacientes durante o período de espera por atendimento.**

Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:

**Discordo Totalmente (9,2%); Discordo (24,6%); Não discordo nem concordo (23,8%); Concordo (28,5%); Concordo Totalmente (13,8%).**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo Totalmente" e 1 = "Discordo Totalmente".

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

**25.10. O enfermeiro encaminha pacientes não urgentes para serviços de Atenção Primária e ambulatorios.**

Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:

**Discordo Totalmente (15,4%); Discordo (17,7%); Não discordo nem concordo (18,5%); Concordo (33,1%); Concordo Totalmente (15,4%).**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo Totalmente" e 1 = "Discordo Totalmente".

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

## II SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

Nesta rodada, os participantes poderão rever suas opiniões frente às respostas do grupo, referentes à área temática: "CONHECIMENTOS E HABILIDADES DO ENFERMEIRO NECESSÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA ATUALIDADE" podendo mantê-las ou alterá-las, após reflexão sobre o assunto.

**QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO**

**27.2. O enfermeiro utiliza conhecimento do perfil epidemiológico da população atendida para a realização da Classificação de Risco do paciente.**

**Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:**

**Discordo Totalmente (4,6%) ; Discordo (20,8%); Não discordo nem concordo (23,8%);  
Concordo (33,1%); Concordo Totalmente (17,7%).**

**Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo Totalmente" e 1 = "Discordo Totalmente".**

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

**27.3. O enfermeiro utiliza a capacidade intuitiva para avaliar e priorizar o atendimento do paciente na Classificação de Risco.**

**Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:**

**Discordo Totalmente (7,7%) ; Discordo (15,4%); Não discordo nem concordo (17,7%);  
Concordo (38,5%); Concordo Totalmente (20,8%).**

**Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo Totalmente" e 1 = "Discordo Totalmente".**

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

**27.7. O enfermeiro considera as situações sociais relacionadas com o problema do paciente na determinação da prioridade do risco.**

Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:

**Discordo Totalmente (3,8%); Discordo (23,8%); Não discordo nem concordo (24,6%); Concordo (33,8%); Concordo Totalmente (13,8%).**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo Totalmente" e 1 = "Discordo Totalmente".

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

### II SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

Nesta rodada, os participantes poderão rever suas opiniões frente às respostas do grupo, referentes à área temática: "CONHECIMENTOS E HABILIDADES DO ENFERMEIRO NECESSÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NO FUTURO" podendo mantê-las ou alterá-las, após reflexão sobre o assunto.

**28.2. O enfermeiro considerará as situações sociais relacionadas com o problema do paciente na determinação da prioridade do risco (próximos 10 anos).**

Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:

**Discordo Totalmente (3,1%); Discordo (17,7%); Não discordo nem concordo (16,2%); Concordo (38,5%); Concordo Totalmente (24,6%).**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo Totalmente" e 1 = "Discordo Totalmente".

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

### II SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

Nesta rodada, os participantes poderão rever suas opiniões frente às respostas do grupo, referentes à área temática:

## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

"UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO/ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA ATUALIDADE" podendo mantê-las ou alterá-las, após reflexão sobre o assunto.

**29.1. O Protocolo de Classificação de Risco adota critérios que contemplam o perfil epidemiológico da população atendida.**

Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:

**Discordo Totalmente (12,3%); Discordo (41,5%); Não discordo nem concordo (16,9%); Concordo (26,2%); Concordo Totalmente (1,5%).**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo Totalmente" e 1 = "Discordo Totalmente".

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

**29.2. O protocolo de Classificação de Risco estabelece prioridades de atendimento com as quais os enfermeiros concordam.**

Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:

**Discordo Totalmente (3,8%); Discordo (29,2%); Não discordo nem concordo (23,1%); Concordo (37,7%); Concordo Totalmente (6,2%).**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo Totalmente" e 1 = "Discordo Totalmente".

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

**29.4. O protocolo de Classificação de Risco estabelece prioridade de atendimento por meio de fluxogramas adequados para fundamentar as decisões dos enfermeiros.**

**Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:**

**Discordo Totalmente (2,3%); Discordo (21,5%); Não discordo nem concordo (15,4%); Concordo (44,6%); Concordo Totalmente (16,2%).**

**Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo Totalmente" e 1 = "Discordo Totalmente".**

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

**29.5. O Protocolo de Classificação de Risco é avaliado continuamente para assegurar a sua aplicabilidade na definição de prioridades de atendimento, de acordo com o risco dos pacientes.**

**Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:**

**Discordo totalmente (14,6%); Discordo (30,8%); Não discordo nem concordo (25,4%); Concordo (23,1%); Concordo Totalmente (6,2%).**

**Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo Totalmente" e 1 = "Discordo Totalmente".**

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

## II SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

Nesta rodada, os participantes poderão rever suas opiniões frente às respostas do grupo, referentes à área temática: "UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO/ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NO FUTURO" podendo mantê-las ou alterá-las, após reflexão sobre o assunto.

## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

**30.3. O Protocolo de Classificação de Risco definirá prioridades de atendimento que gerarão discordâncias entre os médicos e os enfermeiros (próximos 10 anos).**

**Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:**

**Discordo Totalmente (6,9%); Discordo (20,8%); Não discordo nem concordo (22,3%);  
Concordo (35,4%); Concordo Totalmente (14,6%).**

**Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo Totalmente" e 1 = "Discordo Totalmente".**

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

## II SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

Nesta rodada, os participantes poderão rever suas opiniões frente às respostas do grupo, referentes à área temática:

"ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA ATUALIDADE" podendo mantê-las ou alterá-las, após reflexão sobre o assunto.

**31.2. O ambiente possibilita acolher o usuário para a realização da Classificação de Risco pelo enfermeiro.**

**Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:**

**Discordo Totalmente (13,1%); Discordo (31,5%); Não discordo nem concordo (17,7%);  
Concordo (20,0%); Concordo Totalmente (16,2%).**

**Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4 = "Concordo Totalmente" e 1 = "Discordo Totalmente".**

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)



**QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO**

**31.3. A área física do setor de Classificação de Risco favorece a privacidade do usuário.**

**Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:**

**Discordo Totalmente (18,5%); Discordo (36,2%); Não discordo nem concordo (10,8%); Concordo (18,5%); Concordo Totalmente (14,6%) .**

**Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4= "Concordo Totalmente" e 1= "Discordo Totalmente".**

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

**31.4. O dimensionamento do número de enfermeiros por turno de trabalho é suficiente para realizar a Classificação de Risco.**

**Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:**

**Discordo Totalmente (20,0%); Discordo (36,9%) ; Não discordo nem concordo (13,1%); Concordo (25,4%); Concordo Totalmente (3,1%) .**

**Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4= "Concordo Totalmente" e 1= "Discordo Totalmente".**

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

**31.5. São realizadas capacitações periódicas, para os enfermeiros, sobre a utilização dos Protocolos Classificatórios.**

**Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:**

**Discordo Totalmente (22,3%); Discordo (46,2%); Não discordo nem concordo (11,5%); Concordo (15,4%); Concordo Totalmente (3,1%) .**

**Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4= "Concordo Totalmente" e 1= "Discordo Totalmente".**

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

## II SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

Nesta rodada, os participantes poderão rever suas opiniões frente às respostas do grupo, referentes à área temática: "ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NO FUTURO" podendo mantê-las ou alterá-las, após reflexão sobre o assunto.

**32.3. O dimensionamento do número de enfermeiros por turno de trabalho será suficiente para realizar a Classificação de Risco (próximos 10 anos).**

**Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:**

**Discordo Totalmente (3,8%); Discordo (9,2%); Não discordo nem concordo (26,2%); Concordo (34,6%); Concordo Totalmente (24,6%).**

**Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4= "Concordo Totalmente" e 1= "Discordo Totalmente".**

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)



**QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO**

**32.4. Serão realizadas capacitações periódicas, para os enfermeiros, sobre a utilização dos Protocolos Classificatórios (próximos 10 anos).**

**Na primeira rodada de opinião entre os enfermeiros obteve-se:**

**Discordo Totalmente (0,8%) ; Discordo (10,0%); Não discordo nem concordo (20,8%);  
Concordo (42,3%); Concordo Totalmente (24,6%).**

**Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso a escala de 1 a 4, sendo 4= "Concordo Totalmente" e 1= "Discordo Totalmente".**

- Discordo Totalmente (1)
- Discordo (2)
- Concordo (3)
- Concordo Totalmente (4)

## APÊNDICE F: INSTRUMENTO DE PESQUISA DA TERCEIRA RODADA DO ESTUDO DELPHI NA PLATAFORMA SURVEYMONKEY

### QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

#### I TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaríamos de convidá-lo a participar voluntariamente de um estudo científico intitulado **ANÁLISE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS**. Trata-se de um projeto de pesquisa de tese de doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O projeto tem por objetivo analisar a Classificação de Risco nos Serviços de Urgência/Emergência a partir da opinião dos enfermeiros e obter sinalizações quanto às perspectivas desse trabalho de classificação para o futuro. As informações coletadas serão utilizadas para fins de pesquisa e divulgação no meio acadêmico e científico, preservando o anonimato dos participantes. Os resultados deste estudo podem fornecer subsídios para a estruturação e o aprimoramento da Classificação de Risco. A literatura científica relata que pesquisas com utilização da técnica Delphi podem ocasionar desconforto aos especialistas participantes do estudo ao responderem o questionário. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é fornecido na plataforma eletrônica SurveyMonkey®, sendo que aqueles que aceitarem participar da pesquisa poderão imprimir e guardar consigo uma cópia do documento. O mesmo será feito pelas pesquisadoras, que manterão cópia do termo em arquivo, conforme legislação vigente. O questionário contempla questões fechadas, consome de 20 a 30 minutos para o seu preenchimento e deverá ser respondido no prazo de 10 dias, via plataforma eletrônica. Você poderá desistir de participar do estudo, a qualquer momento, sem acarretar prejuízos ou constrangimentos a seu desempenho profissional, e terá a garantia de receber explicações sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa, quando solicitadas. Acrescenta-se que não haverá ônus moral, material ou financeiro aos participantes da pesquisa. Para qualquer esclarecimento, entre em contato com as pesquisadoras: Carmen Lucia Mottin Duro, telefone: +55 (51) 99684996, e-mail: [pesquisacarduro@gmail.com](mailto:pesquisacarduro@gmail.com); Maria Alice Dias da Silva Lima, e-mail: [malice@enf.ufrgs.br](mailto:malice@enf.ufrgs.br); Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, telefone: +55 (51) 33083738.

**Declaro que tenho conhecimento dos direitos descritos acima e concordo em participar voluntariamente do estudo. Estando ciente e de acordo, sinalizo abaixo a aceitação do termo.**

**Por favor, pedimos a gentileza de assinalar o consentimento de participação.**

- Aceito participar da pesquisa
- Não aceito participar da pesquisa

## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

O estudo Delphi sobre a Classificação de Risco em serviços de urgência na perspectiva dos enfermeiros encontra-se na terceira e última rodada. Na primeira rodada 59 questões foram apresentadas, sendo que 36 obtiveram consenso. Na segunda rodada foram reapresentadas 23 questões, restando 08 questões que não obtiveram consenso. Assim, na terceira rodada conta-se com a sua colaboração no preenchimento do instrumento para finalização da coleta de dados.

Nesta seção, os participantes poderão rever suas opiniões frente às respostas do grupo, referentes à área temática: "DINÂMICA DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA ATUALIDADE" podendo mantê-las ou alterá-las, após reflexão sobre o assunto.

### 23.5. A Classificação de Risco possibilita a avaliação dos pacientes no tempo preconizado pelos protocolos.

Na segunda rodada de opiniões dos enfermeiros participantes obteve-se:  
**63,4% de Concordância (Concordo Totalmente e Concordo)**  
**36,6% de Discordância (Discordo Totalmente e Discordo)**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso as respostas: 1 = "Concordo" e 2= "Discordo".

Concordo (1)

Discordo (2)

## II SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

Nesta seção, os participantes poderão rever suas opiniões frente às respostas do grupo, referentes à área temática: "AÇÕES DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PACIENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA ATUALIDADE" podendo mantê-las ou alterá-las, após reflexão sobre o assunto.

### 25.3. O enfermeiro realiza a Classificação de Risco do paciente no período de tempo estipulado pelo protocolo utilizado.

Na segunda rodada de opiniões dos enfermeiros participantes obteve-se:  
**60,0% de Concordância (Concordo Totalmente e Concordo)**  
**40,0% de Discordância (Discordo Totalmente e Discordo)**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso as alternativas: 1= "Concordo" e 2= "Discordo".

Concordo(1)

Discordo(2)

## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

**25.8. O enfermeiro reavalia a situação clínica dos pacientes durante o período de espera por atendimento.**

Na segunda rodada de opiniões dos enfermeiros participantes obteve-se:

**40,0 % de Concordância (Concordo Totalmente e Concordo)**

**60,0% de Discordância (Discordo Totalmente e Discordo)**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso as alternativas: 1= "Concordo" 2= "Discordo".

Concordo (1)

Discordo (2)

**25.10. O enfermeiro encaminha pacientes não urgentes para serviços de Atenção Primária e ambulatoriais.**

Na segunda rodada de opiniões dos enfermeiros participantes obteve-se:

**64,4% de Concordância (Concordo Totalmente e Concordo)**

**35,6% de Discordância (Discordo Totalmente e Discordo)**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso as alternativas: 1= "Concordo" e 2= "Discordo".

Concordo (1)

Discordo (2)

## II SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

Nesta seção, os participantes poderão rever suas opiniões frente às respostas do grupo, referentes à área temática: "CONHECIMENTOS E HABILIDADES DO ENFERMEIRO NECESSÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA ATUALIDADE" podendo mantê-las ou alterá-las, após reflexão sobre o assunto.

## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

**27.2. O enfermeiro utiliza conhecimento do perfil epidemiológico da população atendida para a realização da Classificação de Risco do paciente.**

Na segunda rodada de opiniões dos enfermeiros participantes obteve-se:

**55,1% de Concordância (Concordo Totalmente e Concordo)**

**44,9 % de Discordância (Discordo Totalmente e Discordo)**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso as alternativas: 1= "Concordo" e 2= "Discordo".

Concordo (1)

Discordo (2)

## II SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

Nesta seção, os participantes poderão rever suas opiniões frente às respostas do grupo, referentes à área temática: "UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO/ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA ATUALIDADE" podendo mantê-las ou alterá-las, após reflexão sobre o assunto.

**29.2. O protocolo de Classificação de Risco estabelece prioridades de atendimento com as quais os enfermeiros concordam.**

Na segunda rodada de opiniões dos enfermeiros participantes obteve-se:

**68,5% de Concordância (Concordo Totalmente e Concordo)**

**31,5% de Discordância (Discordo Totalmente e Discordo)**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso as alternativas: 1= "Concordo" e 2= "Discordo".

Concordo (1)

Discordo (2)



## QUESTIONÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO

**29.5. O Protocolo de Classificação de Risco é avaliado continuamente para assegurar a sua aplicabilidade na definição de prioridades de atendimento, de acordo com o risco dos pacientes.**

Na segunda rodada de opiniões dos enfermeiros participantes obteve-se:

**31,5 % de Concordância (Concordo Totalmente e Concordo)**

**68,5 % de Discordância (Discordo Totalmente e Discordo)**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso as alternativas: 1= "Concordo" e 2= "Discordo".

Concordo (1)

Discordo (2)

## II SEÇÃO DE MENSURAÇÃO DE OPINIÃO

Nesta seção, os participantes poderão rever suas opiniões frente às respostas do grupo, referentes à área temática: "ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NO FUTURO" podendo mantê-las ou alterá-las, após reflexão sobre o assunto.

**32.3. O dimensionamento do número de enfermeiros por turno de trabalho será suficiente para realizar a Classificação de Risco.**

Na segunda rodada de opiniões dos enfermeiros participantes obteve-se:

**67,4 % de Concordância (Concordo Totalmente e Concordo)**

**32,6 % de Discordância (Discordo Totalmente e Discordo)**

Frente às respostas do grupo, assinale a opção que indica a sua concordância ou discordância, utilizando para isso as alternativas: 1= "Concordo" e 2= "Discordo".

Concordo (1)

Discordo (2)

## ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



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



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise da Classificação de Risco em Serviços de Urgência na Perspectiva dos Enfermeiros

**Pesquisador:** Maria Alice Dias da Silva Lima

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 12299113.5.0000.5347

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

**Patrocinador Principal:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ((CNPq))

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 202.961

**Data da Relatoria:** 21/02/2013

#### **Apresentação do Projeto:**

Idem ao anterior

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Idem ao anterior

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Idem ao anterior

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Idem ao anterior

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Idem ao anterior

#### **Recomendações:**

Pesquisadora atendeu as solicitações do CEP, desta forma recomenda-se aprovação do projeto.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomenda-se aprovação do projeto.

#### **Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



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



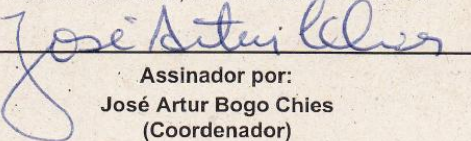
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Encaminha-se.

PORTO ALEGRE, 22 de Fevereiro de 2013



**Assinador por:**  
**José Artur Bogo Chies**  
(Coordenador)

CAAE: 72299173.5.0000.5347