

Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional

Gabriella Novelli Oliveira¹
Cássia Regina Vancini-Campanharo²
Meiry Fernanda Pinto Okuno³
Ruth Ester Assayag Batista⁴

Objetivo: verificar o grau de concordância entre os níveis de prioridade atribuídos no acolhimento com avaliação e classificação de risco, realizado pelos enfermeiros, em relação ao protocolo institucional e entre os pares. Método: trata-se de estudo descritivo, utilizando um questionário com trinta casos clínicos fictícios com base no protocolo institucional, considerado padrão-ouro, respondido por vinte enfermeiros. Resultados: pela análise de concordância pelo coeficiente Kappa, concluiu-se que a concordância entre a priorização dos níveis de gravidade entre os enfermeiros e o protocolo institucional foi moderada. Quando avaliada a concordância entre os pares, essa foi baixa, representada pela densidade colorimétrica nas tonalidades de cinza claro. Conclusão: no Brasil, algumas instituições desenvolveram protocolos próprios, o que torna fundamental o desenvolvimento de ferramentas para avaliar a acurácia dos profissionais em relação aos protocolos, evidenciando as necessidades de capacitação para essa atividade, contribuindo para a segurança do paciente.

Descritores: Triage; Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem em Emergência.

¹ Especialista, Enfermeira, Hospital Universitário, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Especialista, Enfermeira, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ MSc, Enfermeira, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Adjunto, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Introdução

Atualmente, a situação dos serviços de emergência é motivo de preocupação para a comunidade sanitária e para a sociedade. A procura por esses serviços tem sido crescente nos últimos anos devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana⁽¹⁻²⁾. Além dessa demanda, muitos dos atendimentos, realizados nessas unidades, são decorrentes de doenças de baixa complexidade, encaminhados para esses serviços, por insuficiente estruturação da rede básica de assistência, os quais poderiam ser resolvidos em serviços de atenção básica, especializada ou em serviços de urgência de menor complexidade⁽³⁾. Esse perfil de demanda caracteriza o serviço de emergência como uma das principais portas de entrada ao sistema de saúde⁽³⁾.

O sistema de saúde brasileiro é composto por uma rede de serviços públicos e privados que são distintos, porém, relacionados⁽⁴⁾. A rede pública é composta, particularmente, por unidades de atenção básica (95%) e serviços de emergência (65%) e a rede privada de serviços de atenção especializada (74%) e atenção hospitalar (79%)⁽⁵⁾. A procura pelos serviços de baixa complexidade e de emergência pela população com menor renda sugere menor acesso à atenção adequada. Essa falta de acesso à atenção ambulatorial especializada e hospitalar impacta o atendimento de emergência, que passa a ser a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas⁽³⁾. A falta de tecnologia e apoio diagnóstico causa insatisfação da população com a rede básica, que procura o pronto atendimento como forma de realizar consulta médica, exames e obter o resultado no mesmo dia⁽⁶⁾.

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, é composto por três níveis de atenção. As unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família são responsáveis pela atenção primária, ou seja, promoção e proteção da saúde. Os hospitais gerais e ambulatoriais especializados têm a finalidade de proporcionar tratamento precoce e minimizar agravos à saúde, sendo classificados como atenção secundária. Na esfera da atenção terciária, encontram-se as ações de maior complexidade e de reabilitação, prestadas por hospitais especializados⁽⁴⁾.

A resolutividade do atendimento depende da integração dos três níveis de atenção equando isso não ocorre a rede de saúde sobrecarrega-se, prejudicando o atendimento da clientela⁽⁵⁾.

Nesse contexto, em 2004, criou-se o programa QualiSUS, estabelecendo um conjunto de medidas com o objetivo de proporcionar maior conforto aos usuários, com atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo

de permanência no hospital. Um dos pilares do programa é a humanização das relações entre profissionais, sistema de saúde e usuários. Nesse âmbito, outra medida do SUS foi a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) denominada HumanizaSUS, que utiliza ferramentas e dispositivos que podem, efetivamente, potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada. Dentro dessas destaca-se como diretriz o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde na rede⁽⁷⁻⁸⁾.

A implantação do AACR para o atendimento por critério de gravidade e não mais por ordem de chegada aos serviços de emergência foi a estratégia para alcançar o princípio da PNH e foi implantado sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade⁽⁸⁻⁹⁾.

O AACR é 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. Essa prática é entendida como uma postura ética e profissional para o atendimento por nível de complexidade⁽⁸⁻⁹⁾.

Historicamente, nos Estados Unidos da América, o termo triagem foi utilizado inicialmente pelos militares para classificar os soldados feridos em batalha com o objetivo de estabelecer prioridades de tratamento⁽¹⁰⁾. Médicos e enfermeiros que tinham experiência com o processo efetivo de triagem, nos campos de batalha, introduziram a tecnologia nas emergências civis com extremo sucesso. Porém, o uso do termo classificação de risco é diferente do termo triagem, que implica numa técnica de escolha dos pacientes⁽⁸⁻⁹⁾.

As recomendações para a realização do protocolo de AACR são feitas por escalas e protocolos que estratificam o risco em cinco níveis que apresentam maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado real do paciente. As escalas, ou protocolos, mais utilizados e reconhecidos mundialmente são: *Emergency Severity Index (ESI)*, *Australian Triage Scale (ATS)*, *Canadian Triage Acuity Scale (CTAS®)* e a *Manchester Triage System (MTS)*⁽¹¹⁻¹²⁾.

Pela Portaria 2048/2002, que regulamenta, no Brasil, os serviços de urgências e emergências, propõe-se a implantação nas unidades de atendimento às urgências do acolhimento e da "triagem classificatória de risco". Esse processo deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos, e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento⁽²⁾. De acordo

com a Cartilha do PNH, o AACR deve ser realizado pelo enfermeiro e ele necessita ser preparado para exercer essa função⁽⁸⁾. A lei do exercício profissional também o respalda para realizar essa atividade, pois a consulta e prescrição de enfermagem são atividades privativas do enfermeiro, e a classificação de risco está inserida na consulta de enfermagem. O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, em 2009, esclareceu que o processo de AACR é uma atividade que está de acordo com as atribuições do enfermeiro, por ser considerada estratégia de trabalho que pressupõe mudanças que vão atender as necessidades da população assistida, dos profissionais e instituições comprometidas com a saúde do ser⁽¹³⁾.

No Brasil, alguns hospitais foram pioneiros na implantação de protocolos AACR, fundamentados em protocolos internacionais. A primeira referência data de 1993, do Hospital Municipal de Paulínia, que se utilizou do protocolo canadense adaptado à realidade local⁽¹¹⁾. Outro serviço nacional que se baseou no protocolo canadense foi o Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, em Campinas⁽¹⁰⁾.

O Hospital Odilon Behrens (HOB), Belo Horizonte, serviu como modelo para outros hospitais, implantando o AACR por meio de protocolo próprio, subsidiado pelo sistema de triagem de Manchester⁽¹⁴⁾.

A implantação AACR nos hospitais brasileiros assemelha-se às iniciativas de outros países, porém, algumas particularidades são evidenciadas nesse processo, de acordo com a realidade das instituições⁽¹¹⁾.

Portanto, diante da crescente demanda nos serviços de emergência, após a implantação do AACR como política do SUS, e considerando que as diretrizes para a avaliação da gravidade desses pacientes estão definidas em protocolos, a concordância entre a avaliação dos profissionais e o protocolo institucional é essencial para garantir a segurança da população atendida. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi verificar o grau de concordância entre os níveis de prioridade atribuídos no acolhimento com avaliação e classificação de risco, realizado pelos enfermeiros, em relação ao protocolo institucional e entre os pares.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo. O estudo foi realizado no período de agosto a setembro de 2011, no Serviço de Emergência do Hospital São Paulo, instituição pública, universitária e de alta complexidade, localizado na zona sul da cidade de São Paulo, com atendimento, em média, de 700 pacientes por dia. A população atendida no serviço é composta principalmente por pacientes adultos que utilizam o SUS.

Nesse serviço, a implantação do AACR foi em 2009, com protocolo desenvolvido por profissionais médicos e de enfermagem do Serviço de Emergência com base no projeto HumanizaSUS, do Ministério da Saúde.

O protocolo institucional foi construído baseado na queixa principal, norteando a condução do caso por meio dos sinais e dos sintomas, os quais indicam ao profissional de saúde um nível de prioridade de atendimento. A estratificação do risco em cinco níveis distintos foi referida em cores para facilitar a visualização: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul; cada cor representa um nível de gravidade e um tempo de espera máximo para que o paciente seja atendido por um médico. A cor vermelha é indicativa de emergência e o atendimento médico deve acontecer imediatamente; a cor laranja é muito urgente e recomenda-se que o paciente aguarde, no máximo, por dez minutos; amarelo é urgente e com tempo de espera recomendado de sessenta minutos, verde é considerado pouco urgente e azul não urgente e com tempo de espera de duas e quatro horas, respectivamente.

Após dois anos da implantação do AACR, sentiu-se a necessidade de avaliar a qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro devido ao histórico de rotatividade desses profissionais no setor e a falta de treinamento formal. Desse modo, criou-se um instrumento com a finalidade de verificar a concordância na atribuição do nível de prioridade pelo enfermeiro em relação ao protocolo institucional e à uniformidade da classificação entre esses profissionais.

O instrumento foi fundamentado em sinais e sintomas relacionados à queixa principal, como descrito no protocolo institucional, que foi considerado padrão-ouro. O questionário foi composto por 30 casos, nos quais eram abordadas as condições clínicas mais frequentes: descompensação diabética, dor torácica, crise hipertensiva, hemorragia, entre outras, como no exemplo abaixo.

Protocolo institucional - classificação laranja: complicações de diabetes, glicemia capilar <10mg/dl e >600mg/dl, sudorese, sem alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipneia e taquicardia.

Caso correspondente - mulher, 45 anos, diabética em uso de insulina, refere sudorese intensa há 6 horas. Nega visão turva e vômitos. PA: 100/60mmHg, FC: 86bpm, FR: 21ipm, glicemia capilar: >600mg/dl.

Após a leitura do caso, o enfermeiro teria que atribuir um nível de prioridade igual ao recomendado pelo protocolo institucional.

O AACR é realizado por 27 enfermeiros, sendo que, desses, todos que estavam em atividade no período da coleta de dados integraram a amostra deste estudo, totalizando 20 profissionais. Foram excluídos do estudo

os enfermeiros que estavam de férias, atividade grevista, licenças médica e maternidade. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo sob nº0445/11 e os participantes foram incluídos após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram armazenados no programa Windows Excel e, para o processamento e análise estatística, foi utilizado o programa STATA®, versão 11.

As características demográficas foram analisadas de forma descritiva. A classificação de risco é uma variável categórica ordinal, dessa forma foi calculado o coeficiente Kappa para analisar a concordância entre os avaliadores e entre cada avaliador e o protocolo institucional, com intervalo de confiança (IC) de 95%.

O coeficiente Kappa avalia o grau de concordância, além do que seria esperado, tão somente pelo acaso. Essa medida de concordância tem uma escala de valores onde 1 significa total concordância e os valores próximos ou abaixo de 0 indicam nenhuma concordância. Um eventual valor de Kappa menor que zero, negativo, sugere que a

concordância encontrada foi menor daquela esperada por acaso. Sugere, portanto, discordância, mas seu valor não tem interpretação como intensidade de discordância⁽¹⁵⁾.

Para este estudo considerou-se sem concordância quando menor que zero, concordância pobre para Kappa com valores entre 0 e 0,20, fraca entre 0,21 e 0,40, moderada entre 0,41 e 0,60, substancial entre 0,61 e 0,80 e concordância quase perfeita entre 0,81 e 1,00⁽¹⁵⁾.

Resultados

Foram incluídos neste estudo vinte enfermeiros, dos quais 90% eram do sexo feminino e com a média de idade de 27,3 anos. O tempo médio de formação foi de 34 meses, sendo que 50% realizaram pós-graduação na área de urgência e emergência. O tempo médio de experiência com classificação de risco foi de 22,6 meses.

A Figura 1 apresenta o grau de concordância na atribuição dos níveis de prioridade entre os enfermeiros e o protocolo institucional, evidenciando que a maioria dos profissionais apresentou concordância moderada.

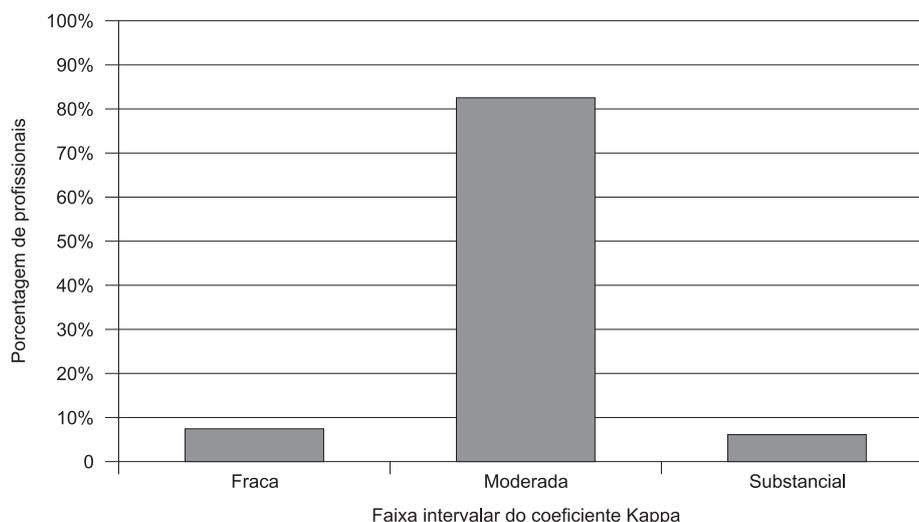


Figura 1 - Concordância na atribuição dos níveis de prioridade entre os enfermeiros e o protocolo institucional. São Paulo, SP, Brasil, 2012

A Figura 2 mostra a porcentagem da concordância entre os enfermeiros na resolução dos casos. A concordância entre os pares pode ser mais bem visualizada por meio da densidade colorimétrica, na qual é possível

observar a existência de baixa concordância entre os profissionais, demonstrada pelas diversas tonalidades de cinza claro. As tonalidades de cinza mais escuro indicam maiores concordâncias entre os profissionais.

	Enf A	Enf B	Enf C	Enf D	Enf E	Enf F	Enf G	Enf H	Enf I	Enf J	Enf K	Enf L	Enf M	Enf N	Enf O	Enf P	Enf Q	Enf R	Enf S	Enf T
Enf A		37,5	56,3	65,6	56,3	65,6	50,0	59,4	75,0	59,4	59,4	65,6	40,6	53,1	53,1	56,3	59,4	56,3	50,0	68,8
Enf B	37,5		56,3	53,1	62,5	53,1	50,0	59,4	37,5	53,1	53,1	40,6	53,1	46,9	46,9	43,8	53,1	50,0	56,3	56,3
Enf C	56,3	56,3		59,4	68,8	53,1	62,5	71,9	50,0	71,9	53,1	46,9	59,4	59,4	53,1	75,0	59,4	68,8	50,0	62,5
Enf D	65,6	53,1	59,4		71,9	68,8	53,1	68,8	71,9	75,0	62,5	75,0	62,5	50,0	62,5	59,4	75,0	71,9	71,9	59,4
Enf E	56,3	62,5	68,8	71,9		53,1	62,5	78,1	56,3	65,6	65,6	53,1	53,1	59,4	71,9	62,5	59,4	56,3	62,5	56,3
Enf F	65,6	53,1	53,1	68,8	53,1		65,6	68,8	65,6	56,3	56,3	62,5	62,5	62,5	50,0	65,6	75,0	59,4	59,4	59,4
Enf G	50,0	50,0	62,5	53,1	62,5	65,6		71,9	62,5	65,6	59,4	59,4	65,6	65,6	59,4	62,5	65,6	68,8	68,8	56,3
Enf H	59,4	59,4	71,9	68,8	78,1	68,8	71,9		59,4	68,8	75,0	50,0	62,5	62,5	56,3	65,6	62,5	71,9	65,6	59,4
Enf I	75,0	37,5	50,0	71,9	56,3	65,6	62,5	59,4		65,6	53,1	71,9	59,4	65,6	59,4	56,3	65,6	62,5	75,0	62,5
Enf J	59,4	53,1	71,9	75,0	65,6	56,3	65,6	68,8	65,6		62,5	68,8	68,8	68,8	56,3	65,6	81,3	65,6	71,9	65,6
Enf K	59,4	53,1	53,1	62,5	65,6	56,3	59,4	75,0	53,1	62,5		50,0	56,3	62,5	68,8	46,9	56,3	59,4	59,4	65,6
Enf L	65,6	40,6	46,9	75,0	53,1	62,5	59,4	50,0	71,9	68,8	50,0		62,5	56,3	62,5	59,4	68,8	65,6	71,9	65,6
Enf M	40,6	53,1	59,4	62,5	53,1	62,5	65,6	62,5	59,4	68,8	56,3	62,5		50,0	62,5	59,4	75,0	65,6	65,6	46,9
Enf N	53,1	46,9	59,4	50,0	59,4	62,5	65,6	62,5	65,6	68,8	62,5	56,3	50,0		62,5	65,6	68,8	53,1	59,4	59,4
Enf O	53,1	46,9	53,1	62,5	71,9	50,0	59,4	56,3	59,4	56,3	68,8	62,5	62,5	62,5		53,1	62,5	59,4	59,4	53,1
Enf P	56,3	43,8	75,0	59,4	62,5	65,6	62,5	65,6	56,3	65,6	46,9	59,4	59,4	65,6	53,1		71,9	62,5	50,0	62,5
Enf Q	59,4	53,1	59,4	75,0	59,4	75,0	65,6	62,5	65,6	81,3	56,3	68,8	75,0	68,8	62,5	71,9		59,4	65,6	59,4
Enf R	56,3	50,0	68,8	71,9	56,3	59,4	68,8	71,9	62,5	65,6	59,4	65,6	65,6	53,1	59,4	62,5	59,4		68,8	56,3
Enf S	50,0	56,3	50,0	71,9	62,5	59,4	68,8	65,6	75,0	71,9	59,4	71,9	65,6	59,4	59,4	50,0	65,6	68,8		56,3
Enf T	68,8	56,3	62,5	59,4	56,3	59,4	56,3	59,4	62,5	65,6	65,6	65,6	46,9	59,4	53,1	62,5	59,4	56,3	56,3	

Figura 2 - Porcentagem da concordância entre os enfermeiros na avaliação do grau de prioridade. São Paulo, SP, Brasil, 2012

Discussão

Apesar da existência de protocolos para a realização do AACR, há poucos estudos relacionados ao tema, sobretudo em âmbito nacional. O AACR em hospitais brasileiros é semelhante às iniciativas de outros países com algumas particularidades, sendo, de acordo com a realidade das instituições e a verificação da concordância entre a avaliação dos enfermeiros e os protocolos, essencial para a segurança do paciente⁽¹¹⁾.

Neste estudo, observou-se que a concordância dos enfermeiros na atribuição dos níveis de prioridade em relação ao protocolo institucional foi moderada (Kappa=0,41-0,60).

Em estudo realizado na Austrália, em 2009, com o objetivo de verificar a concordância entre a atribuição dos níveis de gravidade e o protocolo de Manchester, por meio da resolução de cenários, os valores de Kappa encontrados foram de 0,40 a 0,80, com mediana de 0,63, evidenciando concordância substancial⁽¹⁶⁾.

Um estudo nacional, realizado no ano 2008, com o objetivo de investigar a acurácia dos enfermeiros na avaliação e classificação de risco, estabelecidas no protocolo institucional de um hospital municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, pela verificação dos registros das fichas de admissão, foi observada concordância sofrível a razoável entre os níveis de classificação (Kappa=0,36).

Os resultados apontaram, ainda, para a tendência de os enfermeiros classificarem os 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⁽¹⁷⁾.

Neste estudo, a concordância na atribuição dos níveis de prioridade entre os enfermeiros foi de moderada a substancial. Estudo internacional, publicado em 2005, identificou concordância de moderada a boa entre os enfermeiros que realizaram a triagem de acordo com o protocolo local. Esse estudo permite refletir sobre a segurança do paciente diante desse atendimento, uma vez que a classificação de risco é uma tarefa diária do enfermeiro de unidade de urgência e emergência⁽¹⁸⁾.

Autores consideram que o ato de classificar o paciente necessita de um conjunto de condições e ações que sustentem a avaliação do grau da complexidade do mesmo⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Uma avaliação e classificação com priorização de atendimento depende de proficiências, como a capacidade de estimar as condições com base na queixa principal do paciente⁽²⁰⁾.

Os estudos nacionais sobre classificação de risco ainda avaliam pouco a concordância dos enfermeiros, em sua maioria analisam o perfil da população atendida e suas queixas⁽²¹⁻²²⁾. Acredita-se que o enfermeiro tem

competências para a realização do acolhimento com avaliação e classificação de risco, no entanto, faz-se necessária a sua capacitação para essa atividade, visto que em sua formação esse conteúdo frequentemente não está contemplado.

Este estudo teve como limitação a realização em centro único, reduzido número de enfermeiros e uso de protocolo desenvolvido na própria instituição, o que dificulta a comparação com outros estudos.

Alguns estudos têm buscado avaliar a concordância entre profissionais que realizam classificação de risco. Entretanto, há dificuldades para o desenvolvimento de pesquisas em cenários reais. Dessa forma, uma alternativa foi a criação de cenários próximos à realidade institucional.

Conclusão

A classificação é uma atividade complexa que depende das habilidades e competências dos enfermeiros, além de fatores externos como o ambiente de trabalho.

Neste estudo, a concordância entre o grau de priorização de níveis de gravidade dos enfermeiros e o protocolo institucional, na maioria das vezes, foi moderada.

A concordância entre os pares, quando observada na densidade colorimétrica, foi baixa, visualizada pelas diversas tonalidades de cinza claro.

No Brasil, algumas instituições desenvolveram protocolos próprios, o que torna fundamental o desenvolvimento de ferramentas para avaliar a acurácia dos profissionais em relação aos protocolos, evidenciando as necessidades de capacitação para essa atividade, contribuindo para a segurança do paciente.

Referências

1. Furtado B, Araujo JLC Júnior, Cavalcanti PO. Profile of emergency users of Hospital da Restauração: an analysis of impacts following the municipalization of healthcare. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7(3):279-89.
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília; 2003.
3. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Evaluation of emergency hospital services in the state of Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(5):1881-90.
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. [acesso 9 nov 2012]. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>.
5. Almeida C, Travassos C. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv* 2000;30(1):129-62.
6. Bordin R, Huber LR. Fatores determinantes da superlotação do serviço de emergência do hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre; 2005.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Qualisus - Política de qualificação da atenção à saúde. Brasília; 2004.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. HumanizaSUS. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília; 2004
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília; 2009.
10. Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. História da classificação de risco: no mundo. [acesso 5 jun 2012]. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107.
11. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(1):26-33.
12. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern Triage in the Emergency Department. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(50):892-8.
13. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (BR). Parecer Coren-SP CAT nº 014/2009. Triage clínica por técnico/auxiliar de enfermagem. 2009. [acesso 10 mar 2012]. Disponível em: <http://www.inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/14.pdf>
14. Hospital Odilon Behrens (BR). Protocolo de acolhimento com classificação de risco. Belo Horizonte (MG): Hospital Odilon Behrens; 2006.
15. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
16. Grouse AI, Bishop RO, Bannon AM. The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. *Emerg Med J*. 2009;26(7):484-6.
17. Toledo AD. Acurácia de enfermeiros na classificação de risco [tese de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. 138p.
18. Göransson K, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. Ehnfors M. Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. *Scand J Caring Sci*. 2005;19:432-8.
19. Andersson AK, Omberg M, Svedlund M. Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors

which nurses consider when making decisions. Nurs Crit Care. 2006;11(3):136-45.

20. Handsides G. Triage in Emergency Practice. St Louis: Mosby; 1996.

21. Lopes JB, Karl IS. Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência: revisão integrativa. 2011. [acesso 10 mar 2012]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37529/000822594.pdf?sequence=1>

22. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho MAC Filho. Profile of the Population Cared for in a Referral Emergency Unit. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(3):548-56.

Recebido: 10.7.2012

Aceito: 25.1.2013

Como citar este artigo:

Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2013 [acesso em: ];21(2):[07 telas]. Disponível em: _____

dia | ano
mês abreviado com ponto

URL