

Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester¹

Cristiane Chaves de Souza²

Alexandre Duarte Toledo²

Luiza Ferreira Ribeiro Tadeu³

Tânia Couto Machado Chianca⁴

Este estudo teve por objetivo 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, MG, Brasil. Trata-se de estudo descritivo comparativo, no qual 382 prontuários foram avaliados e realizada a classificação de risco, utilizando os protocolos mencionados acima, a partir do registro realizado pelos enfermeiros. Índices Kappa ponderado e não ponderado foram calculados para determinar o grau de concordância entre os protocolos. 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.

Descritores: Enfermagem; Serviços Médicos de Emergência; Triagem.

¹ Artigo extraído da dissertação de Mestrado "Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um Pronto Atendimento utilizando dois diferentes protocolos" apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil.

² Enfermeiros, Mestres em Enfermagem, Hospital Municipal Odilon Behrens, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: Alexandre - alexandreenfermeiro@yahoo.com.br, Cristiane - souzac.cris@gmail.com.

³ Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil. Bolsista de iniciação científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), MG, Brasil. E-mail: luizafirt@gmail.com.

⁴ Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil. E-mail: tchianca@enf.ufmg.br.

Endereço para correspondência:

Cristiane Chaves de Souza

Universidade Federal de São João del Rei. Curso de Enfermagem.

Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400

Bairro Chanadour

CEP: 35501-293 Divinópolis, MG, Brasil

E-mail: souzac.cris@gmail.com

Risk Classification in an Emergency Room: Agreement Level Between a Brazilian Institutional and the Manchester Protocol

The aim of this study was to assess the level of agreement between an institutional protocol and the Manchester protocol for the risk assessment of patients attended in an emergency room of a public hospital in Belo Horizonte – MG - Brazil. This is a descriptive and comparative study, in which 382 patients' reports were evaluated and the risk was classified, using the institutional protocol and the Manchester protocol. Rates were calculated through weighted and unweighted kappa, in order to determine the level of agreement between the protocols. The results showed that the correlation between the protocols is average when considering that classification errors occurred between neighboring colors ($\kappa = 0.48$), and good when considering that classification errors occurred between extreme colors ($\kappa = 0.61$). The Manchester protocol increased the patients' level of priority of patients and has been considered more inclusive.

Descriptors: Nursing; Emergency Medical Services; Triage.

Clasificación de riesgo en primeros auxilios: concordancia entre un protocolo institucional brasileño y el de Manchester

Este estudio tuvo por objetivo verificar el grado de concordancia entre un protocolo institucional y el protocolo de Manchester para la clasificación de riesgo de pacientes atendidos en primeros auxilios de un hospital público de Belo Horizonte – MG - Brasil. Se trata de estudio descriptivo comparativo en el cual 382 fichas fueron evaluadas y, realizada la clasificación de riesgo utilizando los protocolos mencionados encima, a partir del registro realizado por los enfermeros. Índices kappa ponderado y no ponderado fueron calculados para determinar el grado de concordancia entre los protocolos. Los resultados mostraron que la concordancia entre los protocolos es media, cuando considerados los errores de clasificación ocurridos entre colores vecinos ($\kappa = 0,48$) y buena, cuando considerados los errores de clasificación ocurridos entre colores extremos ($\kappa = 0,61$). Se concluye que el protocolo de Manchester aumentó el nivel de prioridad de los pacientes, demostrando ser un protocolo que incluye más.

Descriptores: Enfermería; Servicios Médicos de Urgencia; Triage.

Introdução

Os serviços de urgência e emergência constituem importante componente da assistência à saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve crescimento da demanda por atendimentos de urgência e emergência devido, principalmente, ao aumento no número de acidentes e violência urbana. A realidade da superlotação dos prontos-socorros brasileiros é agravada por problemas organizacionais como o atendimento por ordem de chegada, sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode acarretar graves prejuízos aos pacientes⁽¹⁾.

Ciente dos problemas existentes na atenção às urgências, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a cartilha da Política Nacional de Humanização-PNH, na qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência. A classificação de risco é processo dinâmico de

identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, e não com a ordem de chegada ao serviço⁽²⁾.

O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência, devendo ser orientado por um protocolo direcionador⁽³⁾. De forma geral, tem sido recomendada a utilização de escalas/protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente⁽⁴⁾. Dentre as escalas/protocolos, pode-se citar: a escala norte-americana – *Emergency Severity Index (ESI)*, escala australiana – *Australasian Triage Scale (ATS)*, o protocolo canadense – *Canadian Triage Acuity Scale (CTAS®)* e o protocolo inglês

– *Manchester Triage System* – protocolo de Manchester⁽⁵⁾. Além desses, outros protocolos têm sido desenvolvidos, como o protocolo do Hospital Municipal Odilon Behrens – HOB - Minas Gerais, Brasil⁽⁶⁾, que teve como base escalas e protocolos pré-existentes, utilizando-se do método canadense de coleta de dados. O HOB foi o primeiro hospital de Minas Gerais a implantar a classificação de risco, sendo referência nacional para a utilização desse dispositivo.

O Ministério da Saúde, atualmente, tem buscado padronizar o processo de acolhimento com classificação de risco por meio da adoção de medidas que uniformizem esse processo, em todo o território nacional⁽⁷⁾. Nesse sentido, no Estado de Minas Gerais, optou-se pela modernização tecnológica e implantação do protocolo de Manchester informatizado, para direcionar a classificação de risco em todos os serviços de urgência do Estado. Contudo, em algumas instituições, em especial no HOB, já era utilizado como protocolo direcionador um protocolo próprio, construído pela equipe do hospital.

Alguns autores afirmam que não existe uma escala padrão quando se trata de medir saúde⁽⁸⁾. A mensuração requer indicadores que representem um conceito. Não existe instrumento de mensuração infalível, fatores situacionais e ambientais, tendenciosidade nas respostas, fatores pessoais e alterações no método de coleta de dados podem contribuir para erros de mensuração⁽⁹⁾. Ao utilizar instrumentos originários de uma outra língua, deve-se realizar a adaptação cultural, mesmo quando o idioma é o mesmo, uma vez que pode haver problemas no processo de adaptação cultural. Nesse processo, pode haver mudança em alguns itens para que se mantenha o mesmo conceito, e não há muita clareza de quanto das propriedades das medidas originais são mantidas no instrumento adaptado⁽¹⁰⁾.

Os critérios de classificação do risco clínico dos pacientes, estabelecidos em ambos os protocolos (HOB e Manchester), incluem os níveis de prioridade e cor atribuída, o tempo de espera para o atendimento médico, a reavaliação de enfermagem e o método de avaliação da queixa principal, estratificando o risco em cinco níveis distintos e que têm sido referidos por cores para facilitar a visualização. Entretanto, existem diferenças entre os dois protocolos no que se refere, especialmente, ao tempo de espera para atendimento médico, ao tempo para reavaliação de enfermagem (não previsto no protocolo de Manchester), ao método de avaliação da queixa principal, estratificada por fluxogramas no protocolo do HOB e por sintomatologia no protocolo de Manchester. Assim, nesse momento de implantação de um novo protocolo, em substituição a um pré-existente, faz-se necessário estudo

de comparação entre os dois protocolos na classificação de pacientes em unidades de urgência e emergência.

Sabe-se que o protocolo de Manchester é protocolo utilizado em muitos países para classificar o risco de pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência, e que, previamente à decisão de sua implantação nas instituições do Estado de Minas Gerais, um grupo de especialistas brasileiros fez a avaliação desse protocolo quanto à viabilidade de adaptação do mesmo à realidade brasileira. Entretanto, não há estudos que avaliem a respeito da existência de diferenças nos resultados da classificação de risco, utilizando o protocolo de Manchester com aqueles usando outros protocolos locais, como o do HOB, e desconhece-se, até o momento, estudos publicados que tratem da validação do protocolo de Manchester no Brasil, dentro dos critérios estabelecidos pela literatura. Sendo assim, delineou-se este estudo que teve por objetivo verificar o grau de concordância entre os protocolos do HOB e o de Manchester para a classificação de risco de usuários atendidos no pronto-socorro do HOB.

Método

Estudo descritivo comparativo, realizado no HOB. O hospital é pertencente à rede municipal de saúde de Belo Horizonte.

A população do estudo foi composta por 339.133 fichas de atendimento que correspondem a todos os prontuários de usuários, atendidos no pronto-socorro do HOB, desde a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (22 de setembro de 2005) até 22 de setembro de 2007. Foram incluídos no estudo os prontuários dos usuários que passaram pela classificação de risco e que continham registros de identificação do profissional enfermeiro que realizou o atendimento, descrição da avaliação e a classificação que o usuário recebeu.

A amostra foi composta por 382 prontuários. A seleção dessa foi por aleatorização simples dos prontuários e sorteio eletrônico dos números de registros de pacientes. O cálculo da amostra foi realizado no *Stat Calc*, programa Epi Info, versão 3.4.1. Considerou-se um percentual esperado de concordância mínima entre os dois protocolos de 80%, com margem de erro aceitável de 5%, nível de confiança de 95% e taxa de perda de 5%.

Para a coleta dos dados, procedeu-se à análise do conteúdo da documentação nos prontuários sorteados, buscando as seguintes informações: queixas apresentadas pelo paciente, dados vitais, história pregressa, idade e classificação de risco ao final da avaliação realizada pelo enfermeiro. As queixas foram transcritas literalmente em

um documento *Word*, em formato de casos clínicos, para que a classificação de risco dos pacientes pudesse ser refeita, segundo os protocolos do HOB e de Manchester. A reclassificação dos pacientes, segundo o protocolo do HOB foi realizada manualmente e para o protocolo de Manchester utilizou-se o *software* da classificação de risco com o protocolo informatizado. Estabeleceram-se critérios para comparação entre os níveis de prioridade e o padrão de cores para os dois protocolos. Dessa forma, a cor vermelho II do protocolo do HOB foi considerada como laranja, tendo em vista a correspondência existente entre os níveis de prioridade nos dois protocolos.

Para a análise dos dados, utilizou-se os programas estatísticos SPSS (versão 17.0) e R (versão 2.7.1). Procedeu-se à análise descritiva e cálculos das medidas de sensibilidade e especificidade em cada nível de classificação. O grau de concordância entre a classificação de risco pelo protocolo do HOB e pelo Manchester foi mensurado pelo cálculo do índice Kappa de Cohen, considerado-se concordância ruim para índices Kappa com valores entre 0 e 0,20, fraca (entre 0,21 e 0,40), média (entre 0,41 e 0,60), boa (entre 0,61 e 0,80) e excelente (entre 0,81 e 1). Considerando intervalo de confiança de 95%, calculou-se o índice Kappa ponderado para analisar a concordância geral entre os dois protocolos, e o Kappa não ponderado por cor, a fim de identificar as principais concordâncias e discordâncias entre os protocolos⁽¹¹⁾. Além disso, procedeu-se aos cálculos de sensibilidade e especificidade em cada nível de classificação. O cálculo da sensibilidade teve o intuito de evidenciar a probabilidade de um usuário classificado com determinado risco, pelo protocolo do HOB, ser classificado no mesmo nível de prioridade seguindo o protocolo de Manchester. A especificidade foi utilizada para evidenciar a probabilidade dos usuários que não foram classificados com um dado nível de risco pelo protocolo do HOB também não serem classificados no mesmo nível de risco, utilizando o protocolo de Manchester.

Para verificar a existência de correlação e a força dessa entre a idade do paciente e o nível de classificação atribuído, utilizou-se, respectivamente, os testes de correlação não-paramétrica de Spearman e a análise

de regressão linear. Para análise da influência dos dados vitais na classificação de risco, utilizando os dois protocolos, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. As variáveis em comparação foram a classificação de risco, obtida utilizando os dois protocolos (variável categórica ordinal) entre os dois grupos independentes (prontuários com registros completos dos dados vitais e sem registro completo dos dados vitais).

Esta pesquisa cumpre com o normatizado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP-UFMG - Parecer Etic nº529/08), pela Superintendência e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Odilon Behrens, e pela empresa ALERT® que possui os direitos autorais do Grupo Português de Triagem para comercialização e utilização do protocolo de Manchester.

Resultados

Do total de 204 pacientes, a maioria (53,4%) era do sexo feminino com média de 39,32 anos (mínimo de 13 e máxima de 89, mediana de 36 e $dp=17,38$ anos).

Seguindo a nomenclatura do protocolo do HOB, percebe-se diversidade de queixas apresentadas pelos pacientes, incluindo queixas urgentes, relacionadas à insuficiência respiratória, hemorragia digestiva, hemiparesia aguda, abstinência grave de álcool e drogas, convulsão e trauma craniano, além de queixas não urgentes (sintomas gripais, dor leve a moderada, vômitos e diarreia sem desidratação).

Conforme a nomenclatura do protocolo de Manchester, entretanto, a dor representou a principal queixa dos pacientes, sendo que a cefaleia e a dor abdominal corresponderam a 31,5% do total das queixas apresentadas, seguida de indisposição no adulto (14,0%), dor torácica (10,8%) e problema nos membros (7,8%).

A classificação de risco por cor, segundo os protocolos estudados, permitiu a análise da distribuição em número absoluto (Tabela 1).

Tabela 1 – Concordâncias e discordâncias entre os protocolos do HOB e o de Manchester. Belo Horizonte, 2009

Protocolo/Cor	Protocolo do HOB					Total	
	Vermelho	Laranja (vermelho II)	Amarelo	Verde	Azul		
Protocolo de Manchester	Vermelho	3	10	06	01	00	20
	Laranja	0	40	20	04	03	67
	Amarelo	0	07	38	20	01	66
	Verde	0	04	41	98	36	179
	Azul	0	01	04	04	03	12
Total	3	62	109	127	43	344	

Fonte: prontuários de pacientes atendidos na classificação de risco do HOB de set/2005 a set/2007.

É válido ressaltar que não foi possível refazer a classificação por ambos os protocolos em 38 prontuários, por não ter sido encontrado nesses fluxogramas orientadores compatíveis com as queixas principais descritas, motivo pelo qual foram retirados da análise de concordância. Em todos os casos que não puderam ser reclassificados, a queixa principal não estava bem descrita, havendo falta do registro do início, intensidade e duração dos sintomas.

Para avaliar a concordância geral entre os dois protocolos, foi calculado o índice Kappa com ponderação linear e quadrática. O Kappa com ponderação linear global foi igual a 0,48 e com ponderação quadrática foi de 0,61, o que permite inferir que a concordância é média quando considerada as discordâncias entre cores vizinhas, e boa quando considerada as discordâncias entre cores extremas.

O grau de concordância por cor (Tabela 2) permitiu verificar concordância média entre os protocolos para os pacientes classificados na cor laranja (Kappa=0,53), seguidos de concordância fraca dos classificados na cor verde (Kappa=0,37), na cor amarela (Kappa=0,26), na cor vermelha (Kappa=0,25) e ruim na cor azul (Kappa=0,06).

Tabela 2 - Valores do índice Kappa não ponderado, sensibilidade e especificidade em cada cor da classificação pelo protocolo do HOB e pelo protocolo de Manchester. Belo Horizonte, 2009

Cor da classificação	Índice Kappa	Sensibilidade	Especificidade
Vermelho	0,25	1	0,95
Laranja	0,53	0,65	0,90
Amarelo	0,26	0,35	0,88
Verde	0,37	0,77	0,63
Azul	0,06	0,07	0,97

Fonte: prontuários de pacientes atendidos na classificação de risco do HOB de set/2005 a set/2007.

No nível de prioridade I, representado pela cor vermelha, a concordância foi fraca, embora a sensibilidade fosse igual a 1, o que garante que todos os pacientes classificados como vermelho pelo protocolo do HOB também sejam classificados como vermelho pelo protocolo de Manchester. Com especificidade de 0,95 pode-se afirmar que os pacientes não classificados como vermelho, pelo protocolo do HOB, também não serão classificados como vermelho pelo protocolo de Manchester.

Na cor laranja, a concordância entre os protocolos foi média (Kappa=0,53), sendo 65% dos pacientes classificados como laranja pelos dois protocolos. Pode-se afirmar, com sensibilidade igual a 0,65, que os pacientes classificados como laranja, pelo protocolo do HOB, também são classificados como laranja pelo protocolo

de Manchester, e que pacientes não classificados como laranja pelo protocolo do HOB também não são classificados como laranja pelo protocolo de Manchester, apresentando especificidade igual a 0,90. Dentre os pacientes classificados como laranja, por ambos os protocolos, 82,5% apresentavam algum tipo de dor, e o achado "dor intensa" foi definitivo para as concordâncias na cor laranja na classificação.

Na cor amarela, o grau de concordância entre os protocolos foi fraco, com valor de Kappa igual a 0,26. Dentre os 109 pacientes classificados como amarelo, pelo protocolo do HOB, somente 35% foram também classificados nessa cor pelo protocolo de Manchester. Pode-se dizer que, com sensibilidade baixa igual a 0,35, pacientes classificados como amarelo pelo protocolo do HOB também são classificados como amarelo pelo protocolo de Manchester. Pode-se afirmar que, com especificidade igual a 0,88, pacientes não classificados como amarelo, pelo protocolo do HOB, também não são classificados como amarelo pelo protocolo de Manchester. Entre os pacientes que apresentaram concordância na classificação, o discriminador "adulto quente" foi o determinante para a classificação na cor amarela nos dois protocolos. Também foram importantes na determinação da classificação, nesse nível, os discriminadores específicos "dor moderada" (5-13,2%), "dor pleurítica" (5-13,2%) e "cólica" (3-7,9%), dentre outros.

No nível IV de prioridade (cor verde), o grau de concordância também foi fraco entre os protocolos (Kappa=0,37), sendo que dos 127 pacientes classificados como verde, pelo protocolo do HOB, 77% também foram classificados como verde pelo protocolo de Manchester. Pode-se afirmar que um paciente classificado como verde pelo protocolo do HOB também é classificado como verde pelo protocolo de Manchester (sensibilidade=0,77), e que um paciente não classificado como verde pelo protocolo do HOB também não é classificado nesse nível de prioridade pelo protocolo de Manchester (especificidade=0,63).

O grau de concordância dos pacientes classificados na cor azul foi o mais baixo de todos (Kappa=0,06), sendo que dos 43 pacientes classificados como azul pelo protocolo do HOB somente 3 (7%) foram classificados como azul pelo protocolo de Manchester. Portanto, para a amostra estudada, pode-se afirmar que os pacientes não classificados como azul pelo protocolo do HOB também não são classificados como azul pelo protocolo de Manchester (especificidade=0,97), e que pacientes classificados como azul, pelo protocolo do HOB, também são classificados como azul pelo protocolo de Manchester (sensibilidade=0,07).

Com relação à análise da influência da idade sobre

a classificação de risco, o teste de correlação não-paramétrica de Spearman mostrou, a 5% de significância, que existe associação entre a idade e a classificação de risco ($r=0,1$; $p=0,04$) para o protocolo do HOB. Por outro lado, a análise de regressão linear, mostrou que a força da associação entre idade (variável preditora) e a classificação de risco é muito pequena e se mostrou insignificante para mudar o nível do risco atribuído na prática clínica. Pelo teste de correlação não-paramétrica de Spearman, não se encontrou associação significativa entre a classificação de risco pelo protocolo de Manchester e a idade dos pacientes ($r=0,09$ e $p=0,10$).

Os resultados do teste de Mann-Whitney indicaram não haver associação entre o registro completo dos dados vitais e a classificação de risco. Os p-valores foram de 0,53 e 0,30 para os protocolos do HOB e de Manchester, respectivamente.

Os resultados do teste de Mann-Whitney demonstraram haver associação significativa entre a classificação de risco pelo protocolo do HOB, para os pacientes que possuíam registros completos da queixa principal nos prontuários em relação aos que possuíam dados incompletos (p -valor=0,002), sendo observado haver maior prioridade dos pacientes no grupo em que havia descrição completa da avaliação da queixa principal. Não houve associação estatisticamente significativa na classificação de risco atribuída entre grupo que possuía e o que não possuía registros completos da queixa principal (p -valor=0,94), na classificação de risco realizada pelo protocolo de Manchester.

Discussão

As principais queixas apresentadas pelos pacientes deste estudo, no momento da classificação de risco, confirmam os achados da literatura de que os hospitais de urgência atendem os casos de urgência propriamente ditos, e aqueles caracterizados como não urgências. Entretanto, cabe ressaltar que o conceito de urgência e emergência pode ser diferente na visão de usuários e de trabalhadores da saúde. A população, de forma geral, não sabe diferenciar o conceito de urgência e emergência⁽¹²⁾. Profissionais da área apontam divergências entre as necessidades de saúde que levam os usuários a procurar a unidade de urgência e a finalidade do trabalho nesse local, revelando insatisfação com a procura excessiva de pacientes, cujas necessidades não podem ser classificadas como urgência ou emergência⁽¹³⁾. Assim, é ressaltada, por alguns autores, a necessidade de se lançar mão de estratégias governamentais para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de urgência⁽¹⁴⁾.

Pode-se afirmar que o protocolo de Manchester aumentou, respectivamente, em 4,4, 0,7 e 12% a porcentagem dos pacientes classificados nas cores vermelho, laranja e verde, e aumentou em 10,2% o grau de prioridade daqueles anteriormente classificados como azul, quando comparado com os resultados obtidos com a classificação de risco, seguindo o protocolo do HOB, demonstrando ser o protocolo de Manchester mais inclusivo (Tabela 1). Estudo realizado para verificar a associação entre a classificação pelo protocolo de Manchester e as taxas de mortalidade e internação no serviço de urgência mostrou que esse protocolo é poderosa ferramenta para a distinção entre os pacientes com alto e baixo risco de mortalidade, assim como para discriminar aqueles pacientes que não irão necessitar de internação e aqueles que deverão retornar para o seu domicílio⁽¹⁵⁾.

Analisando a concordância global entre os protocolos do HOB e o de Manchester, pode-se afirmar que há maior probabilidade de ocorrerem "erros" na classificação entre cores vizinhas do que entre cores extremas. Com o objetivo de investigar a acurácia dos enfermeiros para a avaliação e classificação de risco, estabelecida no protocolo do HOB, encontrou-se acurácia baixa entre a classificação realizada pelos enfermeiros do serviço e o que o protocolo preconizava, sendo que em nenhum dos níveis de classificação se obteve a concordância ou discordância total nas classificações de risco, entre os enfermeiros classificadores e o protocolo institucional⁽⁷⁾. A confiabilidade entre enfermeiros, utilizando o protocolo de Manchester, foi avaliada e encontrado valor do índice Kappa entre 0,4007 e 0,8018, mediana de 0,6304. O protocolo de Manchester é instrumento confiável para ser utilizado nos departamentos de emergência⁽¹⁶⁾.

Os achados na literatura levam a inferir que o grau de concordância intra e entre avaliadores é maior quando se utiliza o protocolo de Manchester⁽¹⁷⁾. No entanto, vale ressaltar que o número de estudos que avaliam o protocolo do HOB é inferior ao número de estudos que avaliam o protocolo de Manchester. Atribuem-se esses achados ao método de classificação inerente a cada protocolo. A disposição em fluxogramas direcionadores, estabelecida no protocolo de Manchester, facilita a avaliação do enfermeiro, oferecendo maior segurança e neutralidade ao processo de classificação.

O protocolo de Manchester aumenta o número de pacientes classificados como vermelho, verde e azul, e diminui a prioridade dos pacientes classificados como laranja e amarelo, quando comparado a cada nível de prioridade, usando o protocolo do HOB. Assim, ao se utilizar o protocolo de Manchester, observa-se diminuição do nível de prioridade dos pacientes classificados nas

cores laranja e amarela para as cores verde e azul, o que ratifica os achados da literatura⁽¹⁷⁾.

O protocolo de Manchester é considerado ferramenta sensível para detectar, na porta de entrada dos serviços de emergência, os pacientes que precisarão de cuidados críticos. A partir da classificação de risco pelo protocolo de Manchester, 67% dos pacientes admitidos nas áreas de cuidados críticos foram classificados como vermelhos ou laranjas. Entretanto, o protocolo se mostrou falho para detectar os casos de pacientes que tiveram deterioração clínica após ter passado pela classificação de risco⁽¹⁸⁾. Esse resultado reforça a necessidade de reavaliação constante do paciente após a classificação de risco e até que receba tratamento direcionado para a resolução de seu problema.

O registro completo da queixa principal influencia o nível de risco atribuído ao paciente, quando se utiliza o protocolo do HOB, sendo maior a prioridade dos pacientes que possuíam registro completo da queixa principal. Esse achado permite inferir que avaliação completa da queixa principal eleva o nível de prioridade atribuído ao paciente, reforçando a importância da habilidade e competência do enfermeiro para a avaliação e descrição correta e completa da queixa principal apresentada pelo paciente, no momento do acolhimento, com classificação de risco.

Conclusão

Pode-se concluir que a concordância entre os protocolos é média quando se considera os erros de classificação ocorridos entre cores vizinhas, e boa quando se considera os erros de classificação ocorridos entre cores extremas. Isso foi comprovado na análise sobre o grau de concordância em cada nível da classificação, na qual a maioria das discordâncias ocorridas foi para níveis de maior ou de menor prioridade vizinhos. De forma geral, o protocolo de Manchester aumentou o nível de prioridade dos pacientes, quando comparado ao protocolo do HOB, demonstrando ser protocolo mais inclusivo.

Os resultados deste estudo indicam que o protocolo de Manchester está bem adaptado à realidade do HOB e, como ele tem sido utilizado de forma informatizada, estudos futuros sobre o uso da tecnologia pelo enfermeiro responsável pela classificação de risco e estudos de validação do protocolo de Manchester devem ser realizados, uma vez que se trata de tecnologia nova em fase de implantação no Brasil, representando área com carência de estudos.

Sabe-se que a classificação de risco é atividade relativamente nova na atuação do enfermeiro no Brasil, e que vem conquistando seu espaço a cada dia. Sendo

assim, é imperativo que as escolas invistam na formação de um profissional capacitado e que atenda às necessidades do mercado nessa área. Para o enfermeiro que atua na classificação de risco, é imprescindível a habilidade da escuta qualificada, da avaliação, registro correto e detalhado da queixa principal, de trabalhar em equipe, do raciocínio clínico e agilidade mental para as tomadas de decisões, e o conhecimento sobre os sistemas de apoio na rede assistencial para fazer o encaminhamento responsável do paciente, quando houver necessidade.

Sem dúvida, pode-se afirmar que a utilização de protocolos para embasar a classificação de risco oferece respaldo legal para a atuação segura dos enfermeiros. No entanto, não se pode perder de vista que se trata de processo de acolher e classificar. Importante destacar que a escuta é o princípio e a disposição para escutar é o requisito para começar uma relação acolhedora com o usuário, pois, só assim, se pode garantir um processo de classificação de risco humanizado e com maior acesso da população aos serviços de saúde, atingindo o objetivo central que é assistência qualificada ao usuário do SUS.

Agradecimentos

Agradecemos à empresa ALERT[®] por sua colaboração no desenvolvimento desta pesquisa.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
3. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Parecer Técnico nº10, de 22 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre a participação do enfermeiro na triagem de pacientes sem a presença de médicos especialistas. Belo Horizonte (MG): Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais; 2007.
4. Goransson KE, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. *Scand J Caring Sci.* 2005;19(4):432-8.
5. Grupo de Triagem de Manchester. Triagem do serviço de urgência. 2ª ed. Portugal: BMJ Publishing; 2002.
6. Hospital Odilon Behrens. Protocolo de acolhimento com classificação de risco. Belo Horizonte (MG): Hospital Odilon Behrens; 2006
7. Toledo AD. Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal

de Belo Horizonte [tese de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem /UFMG; 2009. 138 p.

8. Mc Dowell I, Newel C. The theoretical and technical foundations of health measurement. In: Mc Dowell I, Newel C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. New York (NY): Oxford University Press; 1987. p. 12-35.

9. Polit D, Hungler BP, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª.ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. 487 p.

10. Guillemin F. Cross cultural adaptation and validation of health status measures. Scand J Rheumatol. 1995;24(2):61-3.

11. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159-74.

12. Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.

13. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2009 [acesso em: 06 abril 2010];17(4):535-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

14. Ortiz GF, Fernández AR. Utilización del servicio de urgencias en un hospital de especialidades. Cir Cirujanos. 2000;68(4):164-8.

15. Martins HM, Cuña LM, Freitas P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. Emerg Med J. 2009;26(3):183-6.

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. Van Der Wulp I, Van Baar ME, Schrijvers AJ. Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study. Emerg Med J. 2008;25(7):431-4.

18. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? J Accid Emerg Med. 1999;16(3):179-81.

Recebido: 27.3.2010

Aceito: 3.12.2010

Como citar este artigo:

Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan-fev 2011 [acesso em: / /];19(1):[08 telas]. Disponível em: _____

dia | mês abreviado com ponto | ano

URL