

AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: TEMPO DE ESPERA DOS USUÁRIOS DE BAIXA GRAVIDADE**ASSESSMENT AND TRIAGE: WAITING TIME OF LOW SEVERITY USERS****EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE RIESGO: TIEMPO DE ESPERA DE USUARIOS DE GRAVEDAD BAJA**

Gabriella Novelli Oliveira¹
Sylvia Regina Cavalcanti Oca²
Cássia Regina Vancini Campanharo³
Meiry Fernanda Pinto Okuno⁴
Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes⁵
Ruth Ester Assayag Batista⁶

Doi: 10.5902/2179769218911

RESUMO: **Objetivo:** identificar se o tempo transcorrido entre a classificação de risco e o atendimento médico para os pacientes de menor gravidade estava de acordo com o protocolo institucional. **Método:** estudo transversal descritivo. Realizado no Serviço de Emergência de um hospital público, universitário e de alta complexidade no período de março a junho de 2012. A amostra constituiu de 172 pacientes, com idade a partir dos 12 anos, classificados nas cores: amarela, verde e azul, segundo o protocolo da instituição. **Resultados:** de acordo com o protocolo institucional 66% dos pacientes foram classificados na cor verde. Observou-se que o tempo médio de espera, dado em minutos, estava dentro do preconizado nas três cores de classificação: amarela 40,68, verde 53,76 e azul 69,06. **Conclusão:** o tempo médio de espera para o atendimento médico não ultrapassou aquele preconizado pelo protocolo do serviço de emergência em nenhuma das cores de classificação.

Descritores: Triage; Serviços médicos de emergência; Enfermagem em emergência.

ABSTRACT: **Aim:** to identify if the time between the risk assessment and medical care for less severe patient was in accordance with institutional protocol. **Method:** cross-sectional descriptive study performed in the emergency department of a scholastic public hospital of high complexity, from March to June 2012. The sample consisted of 172 patients, aged starting from 12 years, ranked in colors: yellow, green and blue, according to protocol of the institution. **Results:** according to the institutional protocol 66.00% of patients were classified in the color green. It was observed that the average waiting time, measure in minutes, was within the recommended rating of the three colors: Yellow 40.68, green and blue 53.76 and

¹ Enfermeira. Mestranda da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP. Brasil. Email: novellioliveira@gmail.com

² Enfermeira. Hospital São Paulo. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP. Brasil. Email: sylvia.oca@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora. Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP. Brasil. Email: cvancini@unifesp.br

⁴ Enfermeira. Doutora. Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP. Brasil. Email: mf.pinto@unifesp.br

⁵ Enfermeira. Mestre. Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP. Brasil. Email: Lopes.carolina@unifesp.br

⁶ Enfermeira. Professor Adjunto. Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP. Brasil. Email: ruth.ester@unifesp.br



69.06. **Conclusion:** the average waiting time for medical care did not exceed that recommended by the emergency service protocol in any of the classification of colors.
Descriptors: Triage; Emergency medical Services; Emergency nursing.

RESUMEN: **Objetivo:** identificar si el tiempo entre la evaluación del riesgo y la atención médica para el paciente menor de edad está en conformidad con el protocolo institucional. **Método:** estudio descriptivo transversal. Realizado en el servicio de urgencias de un hospital público, universitario y de alta complejidad, de marzo a junio de 2012. La muestra consistió en 172 pacientes, con edades de 12 años, clasificado en los colores: amarillo, verde y azul, según el protocolo de la institución. **Resultados:** de acuerdo con el protocolo institucional 66.00% de los pacientes fueron clasificados en el color verde. Se observó que el tiempo medio de espera, en minutos, estaba dentro de la clasificación recomendada de los tres colores: amarillo 40.68, verde y azul 53.76 y 69.06. **Conclusión:** el tiempo medio de espera para la atención médica no superó la recomendada por el protocolo de servicio de emergencia según la clasificación de los colores.
Descriptor: Triage; Servicios médicos de emergencia; Enfermería de urgencia.

INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos, aumentou a demanda de pacientes nos Serviços de Emergência (SE), provocando superlotação destas unidades em muitos países. Esta realidade está relacionada a vários problemas: capacidade de internação inferior à necessidade da comunidade; espaço físico inadequado; capital humano insuficiente; dificuldade de acessibilidade da população na atenção primária, nos centros ambulatoriais especializados e aos serviços hospitalares e ainda o crescimento do número de acidentes e violência urbana gerando impacto nos atendimentos nestas unidades.¹

No Brasil, a taxa de ocupação dos SE extrapola a capacidade máxima, com quadro de profissionais e recursos financeiros insuficientes.² Esta relação entre demanda e quadro de funcionários, muitas vezes inadequado, gera insatisfação tanto para os usuários quanto para os profissionais. Diante da superlotação destes serviços, notou-se a necessidade de criar uma forma de classificar os pacientes, para permitir os cuidados imediatos àqueles mais graves.³

Em 2004, o Ministério da Saúde optou pelo uso do termo classificação de risco quando lançou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): HumanizaSUS, dentro dessas destaca-se como diretriz o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). Esta estratégia tem como objetivo reorganizar o atendimento por meio de um processo dinâmico que atribui grau de urgência aos pacientes, dependendo da gravidade de sua queixa. Na maioria dos casos, a classificação de risco é utilizada para determinar a prioridade de atendimento do paciente no SE. O atendimento deixa de ser por ordem de chegada e passa a ser por gravidade e complexidade.⁴⁻⁵ O enfermeiro tem sido considerado o profissional mais indicado para realizar o AACR dos pacientes que chegam ao SE, devido a sua formação que visa atender o indivíduo holisticamente.⁶⁻⁷

Outro ponto a ser destacado é a qualidade dos serviços de saúde que vem sendo discutida nas organizações envolvidas com o objetivo de desenvolver programas e ações capazes de atender às necessidades e às expectativas dos usuários. Os indicadores de qualidade têm sido utilizados para monitorar e avaliar a assistência aos clientes ou às atividades de um serviço.⁸⁻⁹ A classificação de risco distingue e prioriza o atendimento dos pacientes de acordo com a gravidade, podendo ser utilizada como um dos indicadores do serviço de emergência.¹⁰

O Ministério da Saúde do Brasil tem procurado padronizar, em todo o território nacional, o processo de acolhimento com classificação de risco com uma escala de quatro níveis.¹¹ A literatura tem preconizado o uso de protocolos com cinco níveis de risco, pois, assim há uma maior fidedignidade, validade e confiabilidade da avaliação do estado real do paciente no momento da avaliação.³ Os protocolos mais conhecidos e utilizados são: *Australasian Triage Scale* (ATS©), *Canadian TriageAcuityScale* (CTAS©), *Emergency Severity Index* (ESI©) e *Manchester Triage System* (MTS©).³ Neste hospital o protocolo utilizado foi desenvolvido pelos especialistas da instituição e possui cinco níveis de prioridade.

Nesta instituição há uma grande demanda pelos serviços de urgência e emergência, e muitos destes atendimentos poderiam ser realizados nas unidades básicas de saúde.¹² O cenário complexo para atuação do enfermeiros nestas unidades e as graves consequências dos desvios das recomendações do protocolo, fazem da identificação precoce uma ação essencial para evitar a deterioração do quadro clínico do paciente e sua morte. A questão de pesquisa deste estudo: O indicador tempo da AACR está de acordo com o protocolo institucional para os pacientes de baixa gravidade?

Deste modo, o objetivo desse estudo foi identificar se o tempo transcorrido entre a classificação de risco e o atendimento médico para os pacientes de menor gravidade estava de acordo com o protocolo institucional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado no Serviço de Emergência do Hospital São Paulo (HSP), um hospital público, universitário e de alta complexidade. O HSP é um dos maiores hospitais federais de ensino do Brasil, responde pela cobertura de uma área com mais de cinco milhões de habitantes, atende a todas as especialidades médicas e realiza procedimentos de alta complexidade. Mensalmente, são realizadas mais de 90 mil consultas, 2.600 internações, 1.600 cirurgias e cerca de 290 mil exames laboratoriais. Diariamente, são atendidos cerca de 4.000 pacientes nos ambulatórios e 1.000 no Serviço de Emergência. A equipe de atendimento é composta por mais de 840 residentes, aproximadamente doze mil alunos de graduação, pós-graduação e especialização e mais de 5.300 colaboradores, entre docentes, profissionais das diversas áreas da saúde e funcionários administrativos.¹³

O protocolo de AACR utilizado no Hospital São Paulo é institucional com base no protocolo do Ministério da Saúde, porém utiliza cinco níveis de cores semelhante ao Protocolo de Manchester.⁴⁻⁵ O enfermeiro é o profissional que executa esta atividade, classificando o paciente por cores de acordo com a gravidade. As cores utilizadas e os tempos preconizados respectivamente são: vermelha (atendimento imediato), laranja (atendimento em até 10 minutos), amarela (atendimento em até 60 minutos), verde (atendimento em até 120 minutos) e azul (atendimento em até 240 minutos).

A amostra foi de conveniência, ou seja, foram incluídos os pacientes que estavam em consulta de enfermagem no período em que a pesquisadora estava no Serviço de Emergência realizando a coleta de dados. Foi constituída de 172 pacientes, com idade a partir dos 12 anos classificados nas cores: amarela, verde e azul, segundo o protocolo de AACR da instituição. Foi realizada uma orientação aos médicos para o preenchimento do horário do atendimento, pois no serviço não há informatização deste processo.

A coleta de dados foi realizada durante a consulta de enfermagem e complementada com os dados da ficha de atendimento médico dos pacientes no período de março a abril de 2012. A pesquisadora acompanhava a consulta de enfermagem dos pacientes, durante o período de coleta de dados, nos plantões matutino, vespertino e os dois noturnos por duas

horas. Os pacientes que passavam em consulta nestas duas horas de observação durante o período de coleta eram incluídos no estudo.

Foram excluídos os pacientes que tinham a ficha preenchida de forma incompleta e os pacientes classificados nas cores laranja e vermelha, pois, devido à gravidade, eram encaminhados imediatamente para o atendimento médico na sala de emergência.

As informações foram transcritas das fichas de atendimento preenchidas no Serviço de Emergência para uma ficha padrão contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, antecedentes pessoais, medicamentos em uso, sinais vitais, cor da classificação e horário da abertura da ficha, horários do atendimento médico, tipo de consulta e tempo de permanência no serviço.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob o número de protocolo 2120/11. Todos os participantes do trabalho assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme a legislação vigente.

Os dados coletados foram analisados por meio de estatística descritiva. Utilizou-se análise descritiva para a caracterização sociodemográfica e cor da classificação de risco. Para as variáveis contínuas calcularam-se média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo e para as variáveis categóricas, frequência e percentual. O banco foi em planilha do programa *Excel* versão *Microsoft Office Excel 2003*.

RESULTADOS

De um total de 172 pacientes estudados, a maioria era do sexo feminino (64,5%). A média de idade dos pacientes foi de 45,4 anos, variando de 16 a 98 anos.

A Figura 1 mostra o percentual dos pacientes classificados nas cores azul, verde e amarela, conforme o protocolo de AACR da instituição, a maior parte (66%) dos pacientes foi classificada na cor verde.

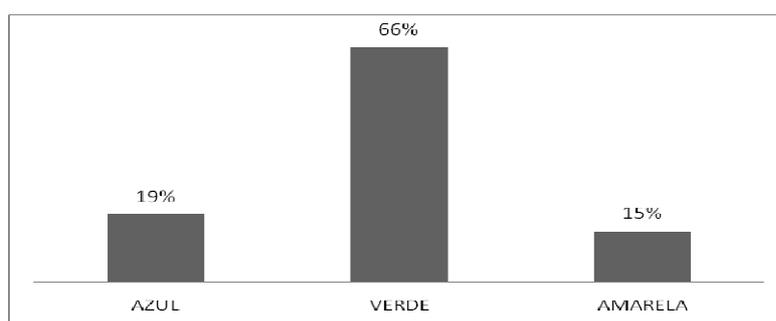


Figura 1. Percentual de pacientes classificados de acordo com o protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) da instituição. São Paulo, SP, 2012.

A Tabela 1 a seguir apresenta o tempo de espera do paciente desde o momento da classificação de gravidade até o atendimento médico. Observa-se que o tempo médio de espera foi dentro do preconizado pelo protocolo institucional nas três cores de classificação.

Tabela 1: Tempo de espera do paciente entre a classificação de risco e o atendimento médico de acordo com a cor de classificação. São Paulo, SP, 2012. (N=172)

Cor	Mínimo (min)	Máximo (min)	Tempo médio de espera (min)	Desvio Padrão	Tempo previsto no protocolo (min)
Azul	1	298	69,06	63,98	240
Verde	4	284	53,76	54,00	120
Amarela	6	109	40,68	37,30	60

Nota: min=minutos

A Figura 2 mostra a porcentagem de pacientes que receberam atendimento médico dentro do tempo preconizado pelo protocolo da instituição. Este atendimento ultrapassou o tempo preconizado em 3%, 11% e 28% para as cores azul, verde e amarela, respectivamente.

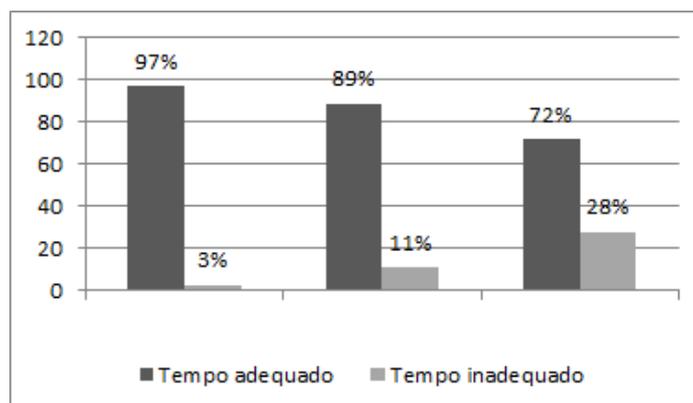


Figura 2. Porcentagem de pacientes que receberam atendimento médico dentro do tempo preconizado pelo protocolo da instituição. São Paulo, SP, 2012.

Na Tabela 2, foi observado que os pacientes classificados na cor amarela tiveram um tempo médio de permanência no SE menor que os pacientes classificados nas cores azul e verde. O maior tempo médio de permanência foi dos usuários classificados na cor verde.

Tabela 2: Tempo médio de permanência dos pacientes no Serviço de Emergência, classificados na cor azul, verde e amarela. São Paulo, SP, 2012.

Cor	Mínimo (min)	Máximo (min)	Tempo médio de permanência (min)	Desvio Padrão
Azul	9	481	161,09	137,27
Verde	21	669	162,49	124,44
Amarela	40	307	126,49	69,41

Nota: min=minutos

DISCUSSÃO

A introdução do AACR proposto pelo HumanizaSUS como forma de priorizar o atendimento dos pacientes mais graves, mostra-se cada vez mais necessária visto à elevada demanda destes serviços por questões sociais, epidemiológicas, culturais, além de aspectos relativos à organização do sistema de saúde.¹ Estudo realizado em Minas Gerais,

concluiu que a população utiliza estas unidades como porta de entrada ao serviço de saúde e que esta demanda pode representar uma sobrecarga ao serviço de urgência e emergência.¹¹

Outro estudo com resultado semelhante a este demonstra, que a maior parte (53,4%) dos pacientes que procura pelo SE é do sexo feminino, com média de idade de 39,32 anos (mínimo de 13 e máxima de 89 anos). Apesar do público que procura o serviço de urgência e emergência abranger todas as faixas etárias, a idade média de 45,4 anos está em consonância com a literatura.³

A literatura aponta que o uso inadequado dos serviços de emergência é a principal causa de superlotação associada ao fator socioeconômico.¹⁴ Os resultados deste estudo corroboram com os achados de outros estudos, uma vez que 85% da demanda foi classificada como de baixa complexidade (cores azul e verde). Isso mostra que estes serviços, muitas vezes, estão superlotados com pacientes que poderiam ser atendidos nas unidades básicas e ambulatoriais especializados, o que afeta a atenção aos pacientes graves que necessitam de cuidados imediatos.¹⁵

Nesta pesquisa, o tempo médio de espera para o atendimento médico não ultrapassou aquele preconizado pelo protocolo da instituição em nenhuma das cores em que o paciente foi classificado. Outras pesquisas que avaliaram o tempo médio de espera até o atendimento médico também evidenciaram como resultado um tempo dentro do preconizado nas cores azul, verde e amarela.¹⁶⁻¹⁷

Outro estudo traz que o indicador relacionado ao tempo de espera está vinculado ao grau de satisfação dos usuários assim como aos resultados dos atendimentos no SE. As queixas mais frequentes de insatisfação no SE estão relacionadas à duração prolongada entre a admissão no serviço e o atendimento. Entretanto, os pacientes, também, necessitam ser orientados em relação a quando procurar o atendimento em um SE e, quando estiverem nestas unidades qual é tempo provável no qual ele será atendido de acordo com o nível da classificação de risco que lhe foi atribuído, por meio de campanhas educativas, por exemplo.¹⁸

Em relação ao tempo total de permanência no SE, este estudo verificou que pacientes classificados nas cores verde e azul tiveram tempo de permanência superior aos classificados na cor amarela. Este resultado pode estar relacionado à maior gravidade do paciente classificado na cor amarela, que pode ter tido prioridade de atendimento e transferência do setor. Este resultado pode estar relacionado à maior demanda das cores de menor complexidade.

Evidencia-se que a superlotação pode estar relacionada à permanência de pacientes de baixa gravidade no SE, os quais poderiam ser atendidos em unidades de menor complexidade, minimizando esta situação.¹⁹

CONCLUSÃO

Este estudo identificou que o tempo médio de espera para o atendimento médico não ultrapassou aquele preconizado pelo protocolo da instituição em nenhuma das cores (azul, verde e amarela) em que o paciente foi classificado. A maior parte do atendimento foi classificada como de baixa complexidade, os pacientes foram classificados nas cores azul e verde.

Cita-se como limitação da pesquisa a coleta de dados ser realizada durante um único mês.

O crescimento da procura por atendimento médico nos vários níveis de atendimento em saúde, principalmente nos serviços de emergência hospitalar, exige que se adotem estratégias nos âmbitos governamentais, institucionais e profissionais para regulamentar o



protocolo institucional do serviço pautados nas diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências e do SUS. Este protocolo é uma estratégia de ampliar o acesso da população, sem sobrecarregar a equipe do serviço de emergência e prejudicar a qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira TA, Pinto KA. Acolhimento com classificação de risco e acesso em serviço de emergência: avaliação de usuários. *Cienc Cuid Saude*. 2015;14(2):1122-9.
2. Rossaneis MA, Haddad MCL, Borsato FG, Vannuchi MO, Sentone ADD. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. *Rev Eletrônica Enf*. 2011[acesso em 2016 jan 13];13(4):648-56. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a08.pdf.
3. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev Latinoam Enferm*. 2011;19(1):26-33.
4. Brasil. Ministério da Saúde. 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 (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2004. p. 49. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Humaniza SUS - Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*. 1ª ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2009. p. 60 (Série B. Textos Básicos de Saúde).
6. Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(4):181-90.
7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 423, de 9 de abril de 2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Brasília; 2012 [acesso em 2014 out 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html.
8. Fugaça NPA, Cubas MR, Carvalho DR. Utilização de indicadores balanceados como ferramenta de gestão na enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2015;23(6):1049-56.
9. Francisco C, Paz A, Lazzari DD. Perspectivas de enfermeiras sobre gestão da qualidade e acreditação hospitalar. *Rev Enferm UFSM [Internet]*. 2012[acesso em 2016 jan13];2(2):401-11. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4638/3768>.
10. Durand AC, Gentile S, Gerbeaux P, Alazia M, Kiegel P, Luigi S, et al. Be careful with triage in emergency departments: interobserver agreement on 1,578 patients in France. *BMC Emerg Med*. 2011;11(19):11-9.
11. Guedes HM, Almeida AGP, Ferreira FO, Vieira Júnior G, Chianca TCM. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Rev Enf Ref*. 2014;SerIV(1):37-44.



12. Becker JB, Lopes MCBT, Pinto MF, Campanharo CRV, Barbosa DA, Batista REA. Triage no Serviço de Emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(5):783-9.
13. Hospital São Paulo - Hospital Universitário da UNIFESP. Quem somos [Internet]. São Paulo; 2012 [acesso em 2016 jan 4]. Disponível em: www.hospitalsaopaulo.org.br/quem-somos.
14. Acosta AM, Lima MADS. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. *Rev Latinoam Enferm*. 2015;23(2):337-44.
15. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev Latinoam Enferm*. 2011;19(3):548-56.
16. Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triage de Manchester. *Rev Med Minas Gerais*. 2012;22(2):188-98.
17. Toni G, McCallum P. Emergency Triage. *AENJ*. 2007;10(2):43-5.
18. Storm-Versloot MN, Vermeulen H, Lammeren NV, Luitse JSK, Goslings JC. Influence of the Manchester triage system on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study. *Emerg Med J*. 2014;31(1):13-8.
19. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *Am J Manag Care*. 2013;19(1):47-59.

Data de recebimento: 24/07/2015

Data de aceite: 13/01/2016

Contato do autor responsável: Cássia Regina Vancini Campanharo

Endereço postal: Rua: Napoleão de Barros, 754 - Vila Clementino. CEP: 04024-002. São Paulo - SP- Brasil

E-mail: cvancini@unifesp.br