

Acolhimento com classificação de risco

V1.01 - Novembro de 2012

Sumário:

Sigla

Nome

Conceituação

Domínio

Relevância

Importância

Estágio do Ciclo
de Vida

Método de Cálculo

Definição de Termos
utilizados no
Indicador:

Interpretação

Periodicidade de
Envio dos Dados

Público-alvo

Usos

Parâmetros, Dados

Estatísticos e Recomendações

Meta

Fontes dos Dados

Ações Esperadas
para Causar Impacto no Indicador

Limitações e Vieses

Referências

Sigla	E-ACE-01
Nome	Acolhimento com classificação de risco
Conceituação	Monitorar a implantação, nos prestadores de serviços hospitalares, de escalas e protocolos de estratificação de risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência.
Domínio	Acesso
Relevância	Essencial
Importância	O objetivo da implantação de escalas e protocolos de estratificação de risco é classificar os pacientes que chegam aos serviços de urgência e emergência, antes da avaliação diagnóstica e terapêutica completa, de maneira a identificar os pacientes com maior risco de morte ou de evolução para sérias complicações, que não podem esperar para serem atendidos, e garantir aos demais o monitoramento contínuo e a reavaliação até que possam ser atendidos pela equipe médica (Gilboy <i>et al.</i> , 2011; Servei Andorrà d'Atenció Sanitària e Organització Panamericana de la Salut, 2011).
Estágio do Ciclo de Vida	E.2

Método de Cálculo	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes classificados por risco na urgência/emergência}}{\text{Nº de pacientes admitidos na urgência/emergência}} \right) \times 100$
<p>Definição de Termos utilizados no Indicador:</p> <p>a) Numerador</p> <p>b) Denominador</p>	<p>a) Numerador – número de pacientes submetidos à classificação de risco de acordo com o sistema implantado no serviço de urgência e emergência do hospital com base em um dos sistemas, escalas ou protocolos estruturados de recepção, acolhimento e classificação de risco internacionalmente reconhecidos, em um mês.</p> <p>b) Denominador – Número de pacientes admitidos no serviço de urgência e emergência, em um mês.</p> <p>Consideram-se como sistemas estruturados de recepção, acolhimento e classificação de risco internacionalmente reconhecidos os seguintes: <i>Emergency Severity Index – ESI</i> (Gilboy <i>et al.</i>, 2011), <i>Australasian Triage Scale – ATS</i> (Australasian College for Emergency Medicine, 2000b; a), <i>Canadian Triage and Acuity Scale – CTAS</i> (Bullard <i>et al.</i>, 2008; Warren <i>et al.</i>, 2008), <i>MAT-SET – Modelo Andorrano de Triage e Sistema Español de Triage</i> (Organización Panamericana de la Salud, 2011), e <i>Manchester Triage System – MTS/ Protocolo de Manchester</i> (Mackway-Jones, Marsden e Windle, 2006).</p> <p>Todos os sistemas acima mencionados estratificam os pacientes em cinco níveis de risco: emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente. Recomendam-se estes sistemas por sua maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do quadro clínico real do paciente.</p> <p>No entanto, também são aceitáveis sistemas de estratificação em três níveis de risco: emergente, urgente e não urgente, como o adotado pelo Hospital Universitário Antônio Pedro da UFF (Andrade, 2010). Alguns hospitais privados em nosso país têm adotado a estratificação dos pacientes em três níveis, após triagem rápida pelo sistema ESI (originariamente de cinco níveis): emergência (atendimento imediato de pacientes graves, níveis 1 e 2), urgência (atendimento rápido de pacientes urgentes, menos graves, nível 3, em salas, áreas ou rotas com acesso a um número maior de recursos e procedimentos), e <i>fast track/ super track</i>, sistema de salas ou áreas rápidas, tendo como objetivo a rápida resolução protocolizada de pacientes não graves, de nível 4 - pouco urgente e de nível 5 - não urgente (Neto, 2009b; a; Hospital Israelita Albert Einstein, 2012).</p>
Interpretação	É desejável atingir percentuais mais elevados de aplicação, nos pacientes admitidos no serviço de urgência e emergência, de sistemas estruturados de recepção, acolhimento e classificação de risco.

Periodicidade de Envio dos Dados	Mensal
Público-alvo	Pacientes admitidos nos serviços de urgência e emergência dos hospitais
Usos	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir aos pacientes de maior gravidade a prioridade no atendimento. • Melhora do fluxo de pacientes com consequente redução do tempo de espera para ser atendido e da superlotação dos serviços de urgência e emergência (Neto, 2009b; a; Hospital Israelita Albert Einstein, 2012). • Organização dos espaços de atendimento dos serviços de urgência e emergência em eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes (Bittencourt e Hortale, 2009). • Aumento da resolatividade dos serviços de urgência e emergência e da satisfação dos clientes e das equipes de saúde (Souza, 2009).
Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações	<p>No âmbito do SUS, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência propõe o acolhimento com classificação de risco realizado por profissional de saúde, de nível superior, com treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos (Ministério da Saúde, 2002). A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – HumanizaSUS, em analogia ao Protocolo de Manchester, recomenda a organização dos serviços de urgência e emergência em dois grandes eixos: o eixo dos pacientes graves, com risco de morte – eixo vermelho, composto pelas áreas vermelha (emergência propriamente dita, para atendimento imediato dos pacientes em risco de morte), amarela (pacientes críticos e semicríticos estabilizados) e verde (pacientes não críticos em observação); e o eixo dos pacientes não graves – eixo azul (Ministério da Saúde, 2009).</p> <p>Incentivados pelo HumanizaSUS, diversos serviços de urgência e emergência de hospitais gerais e especializados, pronto-socorros e pronto atendimentos da rede do SUS implantaram protocolos de acolhimento com classificação de risco baseados no Protocolo de Manchester (Mafra et al., 2006; Souza, 2009).</p> <p>O Protocolo de Manchester, o <i>Australasian Triage Scale</i> – ATS e o <i>Canadian Triage and Acuity Scale</i> – CTAS definem claramente tempos de espera limite para atendimento médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nível 1 – Manchester Vermelho (Emergente), ATS Categoria 1 (Risco Imediato à Vida), CTAS 1 (Ressuscitação): avaliação médica imediata. • Nível 2 – Manchester Laranja (Muito Urgente), ATS Categoria 2 (Risco Iminente à Vida), CTAS 2 (Emergência): avaliação médica em até 10 minutos. • Nível 3 – Manchester Amarelo (Urgente), ATS Categoria 3 (Potencial Ameaça à Vida/Urgência), CTAS 3 (Urgente): avaliação médica em até 30 minutos. • Nível 4 – Manchester Verde (Pouco Urgente), ATS Categoria 4 (Situação de potencial urgência ou de complicação/gravidade importante), CTAS 4 (Pouco Urgente): avaliação médica em até 60 minutos. • Nível 5 – Manchester Azul (Não Urgente), ATS Categoria 5 (Menos urgente ou problemas clínico-administrativos), CTAS 5 (Não Urgente): avaliação médica em até 120 minutos.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações (cont.)	<p>O <i>Emergency Severity Index</i> – ESI, desenvolvido pela Agência Norte-Americana para a Qualidade e Pesquisa em Cuidado à Saúde – AHRQ (<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>), separa inicialmente os pacientes que não podem esperar por atendimento médico daqueles que podem esperar. Para estes pacientes não graves, o enfermeiro que realiza a triagem avalia então o grau de utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos (Gilboy <i>et al.</i>, 2011). Alguns hospitais privados brasileiros têm adotado o sistema ESI de maneira a agilizar o atendimento dos pacientes não graves (Neto, 2009b; a; Hospital Israelita Albert Einstein, 2012).</p> <p>Nos EUA, a Associação Americana de Hospitais relatou que dos hospitais afiliados, em 2009, 57% utilizavam o sistema ESI, 25% protocolos de 3 níveis (emergente, urgente e não urgente), 10% protocolos de 4 níveis (emergente, urgente, pouco urgente, não urgente), 6% outros protocolos de 5 níveis que não o ESI, 1% protocolos de 2 níveis ou outros processos de triagem classificatória e 1% não aplicavam triagem classificatória (Gilboy <i>et al.</i>, 2011).</p>
Meta	100% dos pacientes submetidos à classificação de risco no serviço de urgência e emergência, em um ano.
Fontes dos Dados	Prontuário do paciente, em papel ou eletrônico, contendo a classificação de risco.
Ações Esperadas para Causar Impacto no Indicador	<p>Promoção de oficinas para a sensibilização da equipe de enfermagem, da equipe médica e dos serviços de apoio envolvidos no atendimento de urgência e emergência quanto à importância da implantação do acolhimento com classificação de risco (Carvalho, Santos e Ferreira, 2011; Ribeiro e Castro, 2011).</p> <p>Capacitação técnica dos enfermeiros para a aplicação do protocolo de acolhimento com classificação de risco adotado pela instituição por meio de treinamento específico (Carvalho, Santos e Ferreira, 2011; Ribeiro e Castro, 2011).</p> <p>Agilização do atendimento de todos os setores do hospital que têm interface a urgência/emergência, de maneira específica a construção de fluxos prioritários de atendimento com o serviço de imagem e laboratório clínico (Carvalho, Santos e Ferreira, 2011; Ribeiro e Castro, 2011).</p> <p>Reformulação interna dos processos de trabalho e da estrutura física da urgência/emergência, adaptando-os aos fluxos do protocolo selecionado (Carvalho, Santos e Ferreira, 2011; Ribeiro e Castro, 2011).</p> <p>Reforço da necessidade de trabalho em equipe, com enfoque especial para os profissionais médicos, para vencer resistências às mudanças produzidas pela implantação do protocolo (Carvalho, Santos e Ferreira, 2011; Ribeiro e Castro, 2011).</p>

Limitações e Vieses

Os pacientes não graves podem não entender a razão de longos períodos de espera para ver o médico, pois a classificação de não urgente feita pela equipe de triagem classificatória muitas vezes não corresponde à ideia que o paciente tem de seu caso, isto é, pacientes que não necessitam de atendimento urgente podem considerar ter um problema urgente ou mesmo emergente (Souza, 2009). Isto pode levar a tensões entre os pacientes e os profissionais de saúde que atuam na urgência/emergência e comprometer a reputação do hospital.

Os protocolos que preveem o encaminhado de pacientes não urgentes para unidades básicas de saúde são particularmente geradores de queixas dos clientes, pois estes podem não aceitar que a decisão de ser atendido pelo médico seja de responsabilidade de outro profissional, em geral de enfermagem, e não do próprio cliente (Ferreira, 2009).

Em muitos hospitais norte-americanos que utilizam o sistema ESI, os profissionais de enfermagem têm autonomia para solicitação de exames e administração de medicamentos previamente estabelecidos em protocolos locais, agilizando o atendimento dos pacientes (Souza, 2009). Em Portugal, o fluxograma para "Dor Torácica" do Protocolo de Manchester permite ao enfermeiro que realiza a classificação, antecipar a realização de ECG na área de triagem, cujo resultado é rapidamente avaliado por um médico (Anziliero, 2011). No Brasil, em razão de conflitos sobre a autonomia do profissional de enfermagem, a aplicação destes protocolos pode não produzir a esperada agilização do atendimento dos pacientes.

Referências

- Andrade, S. F. **Simulação baseada em agentes para alocação de pessoal em procedimento de classificação de risco na emergência de um hospital**. (Tese - Doutorado). COPPE, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. 220 p.
- Anziliero, F. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco: revisão de literatura**. (Trabalho de Conclusão de Curso). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. 47 p.
- Australasian College for Emergency Medicine. **Guidelines on the implementation of the Australasian Triage Scale in emergency departments**. Australasian College for Emergency Medicine. West Melbourne, Australia. 2000a. (G24). Disponível em: http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/G24_Implementation_ATS.pdf. Acesso em: 20/10/2012.
- Australasian College for Emergency Medicine. **Policy on the Australasian Triage Scale**. Australasian College for Emergency Medicine. West Melbourne, Australia. 2000b. (P06). Disponível em: http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/P06_Aust_Triage_Scale_-_Nov_2000.pdf. Acesso em: 20/10/2012.
- Bittencourt, R. J.; Hortale, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad Saude Publica**, v.25, n.7, Jul, p.1439-1454. 2009.
- Bullard, M. J., et al. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. **CJEM**, v.10, n.2, Mar, p.136-151. 2008.
- Carvalho, A. d. O.; Santos, C. G. d.; Ferreira, C. S. W. Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em um hospital de grande porte no município de São Paulo. In: Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (Ed.). **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p.211-226. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS; v. 3)
- Ferreira, M. L. **Acolhimento: uma revisão da literatura**. (Trabalho de Conclusão de Curso). Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Virgolândia, MG, 2009. 48 p.
- Gilboy, N., et al. **Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care, version 4. Implementation Handbook 2012 Edition**. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD. 2011. (AHRQ Publication No. 12-0014). Disponível em: <http://www.ahrq.gov/research/esi/esihandbk.pdf>. Acesso em: 20/10/2012.
- Hospital Israelita Albert Einstein. Hospital expande novo modelo de atendimento da UPA. **Informativo Einstein**, Edição Janeiro/Fevereiro, Nº 25. 2012.
- Mackway-Jones, K.; Marsden, J.; Windle, J. **Emergency triage / Manchester Triage Group**. 2 ed. Oxford: Blackwell. 2006
- Mafra, A., et al. **Acolhimento com classificação de risco no pronto socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens em Belo Horizonte**. Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte. 2006. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/images/stories/Documentos/revista_hob_mai06_versao_5.pdf. Acesso em: 23/10/2012.
- Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, Nº 219, 12 de novembro de 2012, Seção 1, p.32-54. 2002.
- Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2009. 56 p. (Série B - Textos Básicos de Saúde)
- Neto, P. R. O. **Avaliação do tempo de espera para ver o médico no mês de implantação do Sistema de Triagem Quinta D'Or (STQD) - parte 1**. II Congresso Brasileiro de Medicina de Emergência. Fortaleza: Associação Brasileira de Medicina de Emergência. 23 a 26 de setembro, 2009a. p.576.
- Neto, P. R. O. **Avaliação do tempo de espera para ver o médico no Sistema de Triagem Quinta D'Or (STQD) - parte 2: após treinamento específico**. II Congresso Brasileiro de Medicina de Emergência. Fortaleza: Associação Brasileira de Medicina de Emergência. 23 a 26 de setembro, 2009b. p.577.
- Organización Panamericana de la Salud. **Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias**. Washington, DC: OPS. 2011. 60 p.

Referências
(cont.)

Ribeiro, Y. C. N. M. B.; Castro, R. L. V. d. Acolhimento com classificação de risco: dois momentos de reflexão em torno das cores. In: Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (Ed.). **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p.181-210. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS; v. 3)

Servei Andorrà d'Atenció Sanitària; Organización Panamericana de la Salud. **Organização e Gestão de Urgências - Triage de Urgências**. Brasília: Treelogic. 2011. Disponível em: <http://www.triajeset.com/acerca/archivos/PresentacionSET.pdf>. Acesso em: 20/10/2012.

Souza, C. C. d. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. (Dissertação - Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. 119 p.

Warren, D. W., et al. Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale paediatric guidelines (PaedCTAS). **CJEM**, v.10, n.3, May, p.224-243. 2008.

