

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM PRONTO SOCORRO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: ANÁLISE DOS DESFECHOS DOS CASOS

Resumo: O objetivo do estudo foi avaliar o fluxo de atendimento dos pacientes quanto à classificação de risco e seu desfecho. O Estudo analisou de forma retrospectiva, descritiva e exploratória a classificação de risco recebida pelo paciente e como se deu o desfecho dos casos. Foi realizado em um Hospital Municipal de São Paulo através de busca nos prontuários de pacientes maiores de 18 anos que apresentavam dados da classificação de risco e da alta ou do óbito no mês de abril de 2018. A classificação amarela foi a mais recebida com 34,5%, 87% receberam alta e 13 % foram à óbito. Conclui-se que a Classificação de Risco realizada no hospital através do Sistema de Triagem de Manchester é um bom preditor da gravidade e que avaliar como está sendo realizada é de suma importância, tanto para a segurança dos usuários como para a gestão e o planejamento do Sistema Único de Saúde.
Descritores: Classificação de Risco, Manchester, Avaliação.

Risk classification help in a safe department of the municipality of São Paulo: analysis of case outcome in studying

Abstract: The objective of the study was to evaluate the flow of care of the patients regarding the classification of risk and its outcome. The study analyzed retrospectively, descriptively and exploratory the classification of risk received by the patient and how the outcome of the cases occurred. It was performed at a Municipal Hospital of São Paulo through a search of medical records of patients older than 18 years who presented data on the risk classification and discharge or death in April 2018. The yellow classification was the most received with 34, 5%, 87% were discharged, and 13% died. It is concluded that the risk classification performed at the hospital through the Manchester Screening System is a good predictor of severity and that assessing how it is performed is of paramount importance, both for the safety of users and for the management and planning of the Health Unic System.
Descriptors: Risk Rating, Manchester, Assessment.

Hospitalización de clasificación de riesgos en un municipio de São Paulo: análisis de resultados de casos

Resumen: El objetivo del estudio fue evaluar el flujo de atención al paciente con respecto a la clasificación del riesgo y su resultado. El estudio analizó retrospectiva, descriptiva y exploratoriamente la clasificación de riesgo recibida por el paciente y cómo ocurrió el resultado de los casos. Se realizó en un Hospital Municipal de São Paulo mediante la búsqueda en los registros médicos de pacientes mayores de 18 años que presentaron datos de clasificación de riesgo y alta o muerte en abril de 2018. La clasificación amarilla fue la más recibida con 34, 5%, 87% fueron dados de alta y 13% murieron. Se concluye que la Clasificación de Riesgos realizada en el hospital a través del Sistema de Detección de Manchester es un buen preditor de gravedad y que evaluar cómo se realiza es de suma importancia tanto para la seguridad del usuario como para la gestión y la planificación. Sistema único de Salud.
Descritores: Calificación de Riesgo, Manchester, Calificación.

Camila Kirdeikas Rodrigues

Enfermeira Residente em Urgências e Emergências.
E-mail: cakirdeikas@hotmail.com

Rosangela Malderran

Enfermeira Residente em Emergências Clínicas e Trauma.
E-mail: romalderran@hotmail.com

Neil Ferreira Novo

Prof. Dr. do Curso de Pós Graduação da UNISA.
E-mail: nnovo@prof.unisa.br

Submissão: 06/01/2019
Aprovação: 13/09/2019

Como citar este artigo:

Rodrigues CK, Malderran R, Novo NF. Acolhimento com classificação de risco em um pronto socorro do município de São Paulo: análise dos desfechos dos casos. São Paulo: Revista Recien. 2019; 9(28):137-145.

Introdução

Devido à baixa resolutividade da Atenção Primária aos problemas de saúde da população, os usuários acabam procurando os serviços de urgência e emergência para serem atendidos, sendo essa, muitas vezes, a porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde. Em 2002, com intuito de organizar os serviços de urgência e emergência devido à alta demanda a esses setores, entra em vigor a Portaria nº 2048, com o objetivo de priorizar os atendimentos de maior gravidade e determinar o grau de emergência de cada atendimento, cuja função foi dada aos profissionais graduados da área da saúde e treinados especificamente para isto¹.

O Ministério da Saúde em 2004, também lançou uma cartilha sobre a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde - PNH-SUS, nela é determinado que em especial, nos serviços de urgência, ocorra o acolhimento dos usuários com o uso da Classificação de Risco, buscando com que ocorra uma transformação do trabalho nesses setores^{2,3}.

A Portaria nº 2.395 de 2011, com o objetivo de Humanizar os serviços de urgência e emergência, prioriza o atendimento dos usuários com a Classificação de Risco, que busca atender prioritariamente os pacientes com maior grau de risco, a diminuição do tempo de espera e o acolhimento da população independente da ordem de chegada ao serviço¹. Esse acolhimento deve ser feito desde a chegada do paciente, onde suas queixas e preocupações devem ser ouvidas, e no caso das emergências, devem ser estabelecidas prioridades aos atendimentos de acordo com a gravidade do caso. Para isso, o acolhimento deve ser realizado por

profissional treinado e com o uso de protocolos estabelecidos².

A Classificação de Risco é um processo que se apoia em conceitos e escalas internacionais com o objetivo de estratificar os riscos em níveis de prioridade. Entre as escalas mais utilizadas, as que mais se destacam são: o protocolo canadense Canadian Triage Acuity Scale (CTAS), a escala australiana Australasian Triage Scale (ATS), e o protocolo inglês Manchester Triage System (MTD - Protocolo de Manchester)^{1,2}.

O protocolo inglês Manchester Triage System (MTS), Protocolo de Manchester, foi criado na cidade de Manchester na Inglaterra, em 1994, desenvolvido por especialistas em triagem, ele orienta como será o atendimento do usuário quanto ao tempo de espera previsto dentro da unidade. Ele foi implementado em 1997 e acabou sendo adotado como norma em todo o Reino Unido, também foi adotado posteriormente nos hospitais do Canadá, da Irlanda e da Holanda^{2,4}. Seus autores autorizaram seu uso em Portugal, onde foi implementado no ano 2000 e devido sua efetividade, em 2005 foi decretada sua obrigatoriedade em todos os serviços de emergência do Sistema de Saúde de Portugal⁵.

No Brasil, o protocolo foi avaliado por um grupo de especialistas que o adaptaram para a realidade brasileira. O Estado de Minas Gerais foi o primeiro a utilizar o Sistema e o adotar como política pública no ano de 2008^{2,6}.

O protocolo tem como objetivo classificar o usuário de acordo com as prioridades de intervenção, onde é identificada a queixa principal, que vai orientar na escolha de um fluxograma, dos 52 existentes no mesmo, que ao ser executado vai estabelecer um

tempo de espera para cada atendimento de acordo com prioridades para situações mais graves. É utilizado para isto um sistema de cores para fazer a classificação, onde a cor vermelha, que representa situação emergente, estabelece o atendimento imediato, a cor laranja, classificada como muito urgente, estabelece atendimento em até 10 minutos, a cor amarela (urgente), prevê atendimento em até 60 minutos, a verde, (pouco urgente), estipula atendimento em até 120 minutos e a cor azul (não urgente), prevê atendimento em até 240 minutos^{1,2,3}.

Os prontos-socorros e unidades de pronto atendimento têm sido acessados pela população com frequência para realização de consultas especializadas, procedimentos e exames diagnósticos, devido a serem locais mais resolutivos, que atendem de forma mais rápida as queixas da população, que na maioria das vezes são doenças já instaladas que foram agudizadas, levando à procura em alta demanda por esses serviços. Além disso, nos prontos-socorros, a população tem acesso fácil, assistência garantida no momento e acesso a tecnologias de alta complexidade, resolvendo casos não solucionados pela Atenção Básica, o que faz com que ocorra a superlotação dos mesmos. As unidades de emergência dos hospitais são setores de grande importância, visto a complexidade dos serviços ali existentes, são normalmente superlotadas devido à alta demanda, podendo afetar de maneira negativa os atendimentos ali realizados².

Avaliar como é feito o atendimento do usuário, assim como o desfecho de cada caso, é de suma importância para o planejamento e a gestão do Sistema Único de Saúde, contribuindo com que o sistema seja cada vez mais resolutivo e ofereça

serviços de qualidade a seus usuários. Atualmente os prontos-socorros utilizam a classificação de risco a fim de identificar e classificar os atendimentos que devem ser prioritários ou não, porém é importante conhecer o desfecho dos casos, visto que muitas vezes a classificação realizada pode sofrer as mais diversas interferências, o que pode acarretar em danos para a saúde do usuário caso ela não seja feita de maneira correta. Diante disso, esse estudo analisou os desfechos dos casos atendidos em um pronto socorro do município de São Paulo que utiliza a Classificação de Risco, especificamente o Protocolo de Manchester, para acolher seus usuários.

Objetivo

O objetivo do estudo foi analisar o fluxo de atendimento dos pacientes quanto à classificação de risco inicial e seu desfecho. Sendo analisados os dados de alta, tempo de internação e óbito e comparados com a classificação de risco dada ao paciente no momento de sua entrada ao serviço.

Material e Método

O estudo analisou de forma retrospectiva, descritiva e exploratória, a classificação de risco dada ao paciente no momento de sua chegada ao hospital, e como se deu o desfecho de cada caso atendido, até a data de alta ou de óbito de cada paciente, por meio de análise documental. Esse tipo de pesquisa trata de relações ou diferenças entre variáveis sobre fenômenos que tiveram acontecimento no passado e foram registrados em documentos⁷.

Foi realizado no Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Correa Netto, situado no Município de São Paulo, na Região Leste da cidade de São Paulo. A busca foi realizada em prontuários e fichas de atendimentos

de pacientes com idades superiores a 18 anos, que apresentassem as informações de classificação de risco do momento da chegada ao hospital, assim como os dados da alta ou da declaração de óbito de cada paciente e tempo de permanência no hospital dos mesmos. A amostra foi composta por fichas de atendimento (quando não houve a necessidade de internação) e prontuários referentes ao período do mês de abril de 2018.

Foram incluídos todos os prontuários de pacientes maiores de 18 anos que apresentavam as informações de classificação de risco, alta ou declaração de óbito. Foram excluídos prontuários de pacientes menores de 18 anos, que não apresentavam informações de classificação de risco, declaração de óbito ou informações de alta, e que não estavam dentro do período do mês de abril de 2018.

As variáveis da pesquisa foram o tempo de internação dos pacientes e se os mesmos evoluíram a óbito ou alta, utilizando dados dos pacientes classificados dentro das cores azul, verde, amarela, laranja e vermelha do Protocolo de Manchester.

Foi utilizado como instrumento de pesquisa um formulário preenchido com os dados de cada paciente, contendo o RH (Registro Hospitalar) do paciente, que foi substituído por um número da amostra, a idade, o sexo, a classificação de risco dada ao paciente ao chegar ao hospital, a data de abertura da Ficha de Atendimento (FA), a data da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a data da alta ou a data da declaração de óbito. O formulário ainda apresentava os dados do tempo entre a classificação de risco dada ao paciente e a autorização de internação hospitalar, do tempo entre a classificação de risco dada inicialmente e alta do paciente, do

tempo entre a classificação de risco dada inicialmente e o óbito do paciente e por fim, do tempo de permanência no hospital.

A coleta de dados só ocorreu após o preenchimento da Declaração de Confiabilidade, e após a aprovação da pesquisa pelo comitê de ética da Universidade de Santo Amaro - UNISA com o número de CAAE: 89502618.4.0000.0081 e foi realizada pelo próprio pesquisador, no SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística), do Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Correa Netto, no período do mês de agosto a setembro de 2018.

Os dados da pesquisa serão utilizados apenas para os propósitos da pesquisa em respeito às normas de pesquisa da Resolução 466/2012⁸.

Para a análise dos resultados foram aplicados os seguintes testes estatísticos: Análise de Variância de Kruskal Wallis, com o objetivo de comparar os grupos azul, verde, amarelo, laranja e vermelho do Protocolo de Manchester em relação a idade e o tempo de internação e o Teste Exato de Fisher ou Teste do Quiquadrado, com o objetivo de comparar os cinco grupos do Protocolo de Manchester em relação ao desfecho alta e óbito. Em todos os testes o nível de significância foi fixado em 0,05 ou 5%⁹.

Resultados

Foram analisados 751 fichas de pacientes que deram entrada no hospital estudado, destas, 281 não receberam classificação de risco e portanto não foram incluídas na amostra, que foi composta por um total de 470 paciente que receberam a classificação de risco.

Dos pacientes analisados 239 (58,8%) eram do sexo feminino e apresentavam média de idade de 46,9 anos, 231 (49,2%) eram do sexo masculino

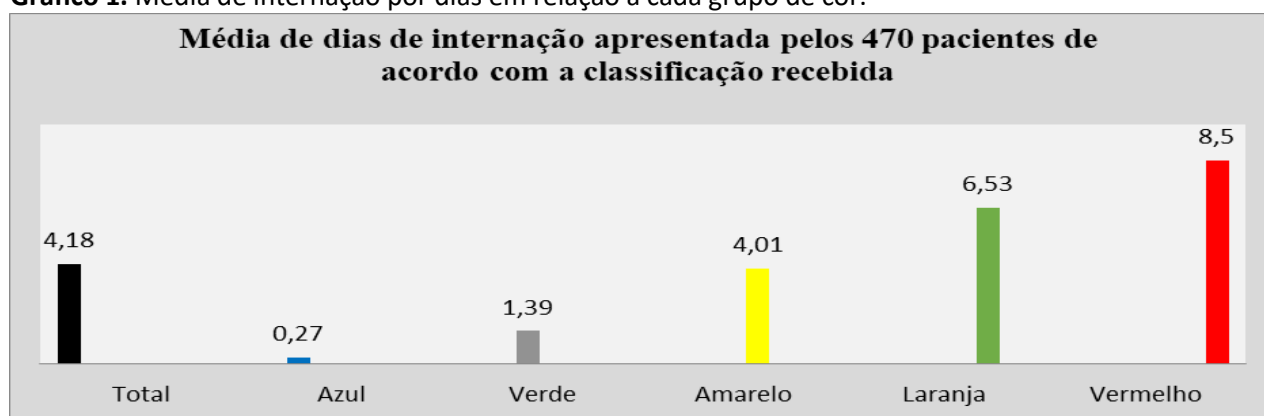
apresentando média de idade de 47, 2 anos. As idades dos pacientes variaram entre 18 e 95 anos, apresentando média de 47,07 anos.

A média e a mediana dos grupos de cores em relação às idades foram as seguintes 43 e 38 para o grupo azul, 40,1 e 35 para o grupo verde, 45,4 e 45 para o grupo amarelo, 53,8 e 55 para o grupo laranja e 54,2 e 57 para o grupo vermelho.

Quanto às classificações recebidas, das 470 fichas analisadas, 11 (2,3%) foram classificadas como azul, 127 (27%) verde, 162 (34,5%) amarela, 158 (33,6%) laranja e somente 12 (2,6%) como vermelha.

A média de tempo de permanência no serviço foi de 4,18 dias variando de 1 a 75 dias de internação, sendo 0,27 dias para os classificados em azul, 1,39 para os verdes, 4,01 para os amarelos, 6,53 para os laranjas e 8,5 dias para os vermelhos, o que pode ser observado no gráfico 1. O tempo de permanência foi analisado ainda utilizando a análise de Variância de Kruskal Wallis para comparar as cores azul, verde, amarelo, laranja e vermelho com $H=41,78$ $p=0,0000$, cuja a permanência tem um acréscimo significativo.

Gráfico 1. Média de internação por dias em relação a cada grupo de cor.



Com relação ao desfecho de alta e óbito, dos 470 pacientes (87%) receberam alta e 59 (13%) evoluíram para óbito. Dos óbitos, o grupo vermelho e o laranja foram os que mais apresentaram casos. Foram analisados os desfechos dos grupos de cores para alta e óbito em relação ao sexo através do Teste Exato de Fisher e Teste do Quiquadrado. O grupo azul não apresentou número de óbito. Os grupos verde e amarelo foram analisados apresentando $p=0,9999$ e $p=0,1759$, não apresentando importância estatística na comparação do desfecho em relação ao gênero. O grupo laranja apresentou $X^2=3,87$ e $p=0,0492$,

apresentando importância estatística, sendo $F>M$. O grupo vermelho também não apresentou importância estatística com relação ao sexo e ao desfecho, com $p=0,4909$.

O desfecho foi analisado através do Teste do Quiquadrado que analisou alta e óbito dos grupos de cores em relação ao gênero. Foi constatado que os grupos laranja e vermelho apresentaram maior óbito em relação aos demais com $X^2= 37,26$ e $p= 0,0001$ para o grupo laranja e $X^2=15,84$ e $p=0,0032$ para o grupo vermelho. O que está disponível na tabela 1.

Tabela1. Desfecho de alta e óbito nos grupos de cores em relação ao gênero e tempo de internação dos pacientes que foram a óbito.

DESFECHO MASCULINO X FEMININO						
GRUPOS	Feminino			Masculino		
	Óbito	Alta	Óbito %	Óbito	Alta	Óbito %
Azul	0	9	0,00	0	2	0,00
Verde	1	71	1,39	1	54	1,82
Amarelo	4	69	5,48	11	78	12,36
Laranja	25	57	30,49	13	63	17,11
Vermelho	0	3	0,00	4	5	44,44

TEMPO DE INTERNAÇÃO DOS QUE FORAM À ÓBITO		
Período e1	Frequência	
	Nº	%
<1	7	11,86
1 a 3	14	23,73
4 a 7	8	13,56
>7	30	50,85
Total		

Discussão

Dos 470 pacientes analisados, 239 (58,8%) eram do sexo feminino e 231 (49,2%) do sexo masculino, o que vai de acordo com um estudo que avaliou o tempo que antecede e o tempo empregado na realização da classificação de risco, onde 59,8% da amostra era do sexo feminino¹⁰. O sexo feminino também foi predominante em outro estudo onde foram avaliadas 364 fichas de um pronto atendimento de um hospital escola que atende agravos clínicos⁶. A diferença entre os sexos não foi muito grande, porém houve predominância do sexo feminino, o que difere dos resultados de um estudo realizado em um hospital referência em atendimento a vítimas de trauma, onde a maioria da amostra foi composta pelo sexo masculino¹¹, o que mostra que o sexo pode estar relacionado com o tipo de especialidade de referência que o hospital atende, visto que um outro estudo realizado em uma instituição que é referência para o atendimento de gestação de alto risco, 55% dos pacientes estudados eram do sexo feminino¹².

A idade dos pacientes variou entre 18 e 95 anos, com média de 47 anos, o que corrobora com um

estudo que analisou 139 mil fichas de pacientes que apresentaram média de idade de 44 anos¹⁰. A média de 44 anos também foi apresentada por um estudo que avaliou 364 fichas de um pronto atendimento, onde a maior parte dos pacientes apresentava idade entre 20 e 30 anos. Em outro, a média apresentada também foi de 41,6 anos, tendo amostras compostas por adultos em sua maioria em idade produtiva⁶. Outros estudos demonstraram média de idade que difere da encontrada nesse estudo, eles apresentaram média de 32 anos, 34,6 anos e 57,3 anos, sendo que na pesquisa em que a média de idade foi 57,3 anos as categorias pouco urgente (verde) e não urgente (azul) foram excluídas do estudo o que pode ter elevado a média de idade da amostra^{13,11,12}.

Quanto a classificação recebida pelos 470 pacientes, a cor predominante foi a amarela com 162 casos, o que também foi demonstrado em um estudo que avaliou 6.655 fichas onde as amarelas, seguida das verdes, foram as que mais apareceram⁵. Esse resultado também foi encontrado na análise de outro estudo, que observou que a maioria dos pacientes necessitava do atendimento em até 60 minutos¹².

Estudos também encontraram a cor verde como predominante, seguida da amarela, mostrando que os serviços de urgência e emergência estão sendo procurados pela população que apresenta, em sua maioria, queixas que poderiam ser solucionadas pela atenção básica⁶.

A cor verde apareceu em 3º lugar com 127 casos, o que difere de estudos onde a cor verde foi a cor predominante, levantando a discussão entre os autores de que essa alta demanda de usuários classificados em uma categoria de atendimento de menor grau de prioridade, pode estar relacionada ao sistema de “portas abertas” em tempo integral oferecido pelos hospitais, e “a crença” da população de que no hospital a queixa será resolvida¹⁰. A falta de conhecimento da população quanto a qual serviço seria o mais apropriado à sua condição de saúde, juntamente com a baixa resolutividade da atenção básica, foram citados por autores como justificativa para essa alta demanda de pacientes com baixa prioridade de atendimento¹¹. Por outro lado, os autores de um estudo realizado em Minas Gerais onde também foi observado essa inversão de fluxo de pacientes que seriam da Atenção Básica atendidos na urgência e emergência, afirmam que a superlotação de atendimentos não emergentes não apresenta um fator único e também pode estar relacionada a falta de informação eficaz dos sistemas de saúde, que não informam aos seus usuários a real função de um atendimento de urgência e emergência¹⁴.

As cores vermelha e azul foram as menos frequentes, totalizando 23 pacientes, sendo 11 (2,3%) classificados como azul e 12 (2,6%) como vermelho. Esse resultado vai ao encontro de outros estudos que apresentaram 0,49%, 0,6% e 0,5% dos pacientes

classificados como vermelho e 1,3% dos classificados como azul^{10,11,12}.

A média de tempo de permanência no serviço foi de 4,18 dias, o que difere de um estudo que encontrou média menor que 1 dia de internação¹². Porém a média de dias de internação em cada grupo de cor foi de 0,27 dias para o azul, 1,39 para o verde, 4,01 para o amarelo, 6,53 para o laranja e 8,5 dias para o vermelho, o que mostra que a média de dias aumenta de acordo com a gravidade em que o paciente foi classificado, esse resultado corrobora com o de outros estudos¹⁰. Esses dados também reafirmam o que dizem outros autores sobre o Sistema de Manchester ser um preditor da gravidade dos pacientes, pois além de dar prioridade aos atendimentos mais graves ele consegue prever a evolução dos mesmos, visto que os pacientes classificados em cores diferentes apresentam diferentes evoluções durante a permanência no serviço em relação à gravidade¹³.

Quanto ao desfecho dos pacientes em relação às altas a aos óbitos, dos 470 pacientes estudados 411 (87%) receberam alta e 59 (13%) foram à óbito, o que difere de outros estudos, onde foram encontrados resultados de 99,8% para alta e 0,2% para óbito, 99,2% para alta e 0,8% para óbito e 99,5% para alta e 0,5% para óbito^{10,6}. Se compararmos o número de mortes distribuídos em relação às cores podemos observar que o grupo vermelho, apesar de ter apresentado menor número de pacientes foi o que apresentou maior porcentagem de óbitos, 33% das mortes, o grupo laranja apresentou 24%, tendo os dois grupos uma porcentagem maior de mortes do que os demais, o que pode-se observar na tabela 1. Esses dados também foram encontrados em estudos onde a maior

porcentagem de mortes também foi apresentada nesses dois grupos de cores, reafirmando o que um estudo realizado em Portugal constatou, que o sistema de triagem de Manchester é capaz de fazer distinção entre pacientes que tem alta e baixa probabilidade de evoluir para óbito, de pacientes que iram receber alta e retornar para casa^{13,10}.

Dos 470 pacientes, dois deles (0,42%) classificados como verde evoluíram para óbito, apesar de ser um número pequeno, mostra que o sistema foi falho em classificar dois pacientes que foram considerados como verde, ou seja, pouco urgente e evoluíram com quadros de pacientes emergentes ou muito urgentes. Analisando as fichas desses pacientes é possível constatar que ou o sistema foi falho ao direcionar esses pacientes para essas categorias, ou os profissionais que os classificaram o fizeram de maneira errônea, visto que um deles apresentava idade de 80 anos e queda do estado geral, e mesmo assim foi classificado para uma categoria pouco urgente o outro apresentou em sua ficha uma amputação realizada no mesmo dia de entrada, sendo também encaminhado para atendimento pouco urgente.

Esse dado também foi encontrado em um estudo onde 5,5% dos casos classificados como verde evoluíram com deterioração dos sinais vitais. Portanto fica demonstrado a importância dos pacientes serem reavaliados constantemente após receberem a classificação¹³.

Em relação ao desfecho alta, 411 pacientes, ou seja, 87% receberam alta, e destes 264 (56,7%) permaneceram menos de 24 horas no serviço, o que vai de encontro com outros estudos^{10,12,6}. Esses dados levantam a discussão entre os autores de que a

atenção básica ainda não conseguiu superar o desafio de atender com integralidade a demanda de queixas não urgentes de forma resolutive, causando superlotação dos serviços de urgência e emergência, que estão servindo de porta de entrada para casos ambulatoriais, descaracterizando o serviço de urgência e emergência e prejudicando quem realmente precisa de atendimento urgente^{6,10}.

Conclusão

Analisar os desfechos dos atendimentos realizados mostrou que os pacientes, em sua maioria, estão sendo classificados em prioridades corretas de atendimento. A análise evidenciou que à medida em que os níveis de gravidade aumentam o tempo de internação também, mostrando que o sistema também pode ser utilizado como um preditor do desfecho dos pacientes, podendo ser utilizado também para a organização dos serviços dentro do hospital.

Constatou-se um grande número de fichas sem classificação, pacientes estes que não foram incluídos na pesquisa, o que mostra a necessidade de reforçar para os profissionais que atuam na porta de entrada a importância de classificar todos os pacientes que dão entrada, independente da forma com que ele chegue ao serviço, seja trazido pelo SAMU direto para a sala vermelha, por meios próprios ou por transferência de outros serviços, pois se pôde observar que muitos desses pacientes que não foram classificados apresentavam prontuários enormes, muitos dias de permanência hospitalar e até mesmo alguns haviam evoluído a óbito. Sabe-se que o horário de atendimento influencia, pois pacientes que chegam no período da noite ou de madrugada nos hospital não precisam enfrentar filas, portanto não precisam de

uma classificação com o tempo estimado para o seu atendimento, logo necessita-se mais treinamento e mais estudos para avaliar qual o real motivo para esse número enorme de fichas sem classificação.

Entre as cores, a classificação predominante foi a amarela, porém houve muitos casos onde não era necessário um atendimento dentro do serviço de urgência e emergência e sim da atenção básica, a cor vermelha foi a que menos apresentou casos, fato que também pode ser explicado pelo número de fichas e prontuários sem a classificação realizada, porém foi a que teve o maior índice de óbito e internação.

Avaliar como é feita a classificação de risco e como se deu o desfecho dos casos é de suma importância para a segurança do usuário e para o planejamento e a gestão do Sistema Único de Saúde.

Referências

1. Pagliotto LF, Souza PB, Thomazini JO, et al. Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência do interior paulista. *Cuid Arte Enferm*. 2016; 10(2):148-155.
2. Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Ribeiro SR. Acolhimento com classificação de risco do serviço de pronto-socorro adulto: satisfação do usuário. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(3):427-433.
3. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em um pronto socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev Latino Am Enferm*. 2011; 19(1):[08 telas].
4. Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Valor de predição do sistema de triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(1):45-51.
5. Perez Junior EF, Paula VG, Santiago LC, et al. Implementação da classificação de risco em

unidade de emergência de um hospital público do rio de janeiro - um relato de experiência. *Rev Pesq Cuid Fundam Online*. 2012; 4(1):2723-32.

6. Rezende MRM, Ercole FF, et al. Protocolo de Manchester em pronto atendimento de hospital escola. *Rev Rene*. 2016; 17(6):843-9.
7. Lo-Biondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem - métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001.
8. Ministério da Saúde (BR). Resolução 466/12 de 12 de Dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado em: 2015, mar 14]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.
9. Siegel SE, Castellan Jr NJ. Estatística não paramétrica para ciência do comportamento. Segunda edição. Porto Alegre: Artmed. 2006; 448.
10. Anziliero F, Dal Soler BE, et al. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(4):e64753.
11. Chianca TCM, et al. Tempos de espera para atendimento usando Sistema de Triagem de Manchester em um hospital de urgência. *Rev Min Enferm*. 2016; 20:e988.
12. Gonçalves PC, Júnior DP, et al. Relationship between risk stratification in emergency medical services, mortality and hospital length of stay. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33(3): 424-431.
13. Pinto D Júnior, Salgado PO, Chianca TCM. Validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. *Rev Latino Am Enferm*. 2012; 20(6):[08 telas].
14. Roncalli AA, Oliveira DN, Silva ICM, et al. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. *Rev Baiana Enferm*. (2017); 31(2):e16949.

Agradecimentos:

Agradecemos à Profa. Ms. Roseli de Lana Moreira, docente do Curso de Pós Graduação da UNISA, pela colaboração com a revisão do artigo.

A toda equipe do Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Correa Neto e ao enfermeiro Diogo Henrique da Silva residente em Emergências Clínicas e Trauma do Hospital Geral do Grajaú, a ambos pelo apoio e colaboração na coleta de dados.