

**Avaliação do grau de concordância do Protocolo Estadual de Classificação de Risco no
Estado da Bahia -Brasil**

**Evaluation of the degree of agreement of the State Risk Classification Protocol in the
State of Bahia – Brazil**

**Evaluación del grado de acuerdo del Protocolo Estatal de Clasificación de Riesgos en el
Estado de Bahía - Brasil**

Recebido: 16/11/2020 | Revisado: 18/11/2020 | Aceito: 27/11/2020 | Publicado: 02/12/2020

Guido Santana do Valle

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5864-4525>

Secretaria Municipal de Saúde Salvador, Brasil

E-mail: guido.santana18@gmail.com

Mariane Teixeira Dantas Farias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4208-4911>

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil

E-mail: marianedantas@bol.com.br

Marta Silva Menezes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7713-518X>

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil

E-mail: martamenezes@bahiana.edu.br

Simone Santos Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5283-6083>

Universidade Dom Pedro II, Brasil

E-mail: simoneessouza18@hotmail.com

Igor Ferreira Borba de Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8396-7385>

Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil

E-mail: borbadealmeidaigor@gmail.com

Deybson Borba de Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2311-6204>

Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil

E-mail: dbalmeida@uefs.br

Jeferson Gomes dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5512-1561>

Hospital Geral Ernesto Simões Filho, Brasil

E-mail: enfermeirojefersongomes@hotmail.com

Miriele Santos de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9576-8642>

Hospital Geral Roberto Santos, Brasil

E-mail: miriele207@gmail.com

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi analisar a concordância entre os graus de risco atribuídos na classificação realizada pelos enfermeiros, em relação ao protocolo e entre os classificadores. Trata-se de estudo descritivo, realizado com aplicação de onze casos clínicos a trinta enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento, baseados no Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Os resultados demonstraram concordância moderada, entre classificadores e o protocolo, conforme o coeficiente Kappa. A concordância entre classificadores também foi moderada, de acordo com a densidade colorimétrica. O estudo constatou a importância de se avaliar a segurança dos protocolos de classificação de risco e apontou para necessidade de aprofundamento da temática em questão nas escolas de formação em saúde no Brasil, além de treinamentos adequados aos profissionais para assegurar a qualidade da atenção.

Palavras-chave: Triagem; Acolhimento; Enfermagem em emergência; Serviços médicos de emergência.

Abstract

The objective of this research was to analyze the agreement between the degrees of risk attributed in the classification performed by the nurses, in relation to the protocol and between the classifiers. This is a descriptive study, conducted with the application of eleven clinical cases to thirty nurses in an Emergency Care Unit, based on the State Risk Classification Protocol-BA. The results showed moderate agreement, between classifiers and the protocol, according to the Kappa coefficient. Agreement between classifiers was also moderate, according to colorimetric density. The study found the importance of assessing the safety of risk classification protocols and pointed to the need to deepen the theme in question in health

training schools in Brazil, in addition to adequate training for professionals to ensure the quality of care.

Keywords: Screening; Reception; Emergency nursing; Emergency medical services.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue analizar la concordancia entre los grados de riesgo atribuidos en la clasificación realizada por los enfermeros, en relación al protocolo y entre los clasificadores. Se trata de un estudio descriptivo, realizado con la aplicación de once casos clínicos a treinta enfermeras de una Unidad de Urgencias, con base en el Protocolo Estatal de Clasificación de Riesgos-BA. Los resultados mostraron una concordancia moderada, entre los clasificadores y el protocolo, según el coeficiente Kappa. La concordancia entre clasificadores también fue moderada, según la densidad colorimétrica. El estudio encontró la importancia de evaluar la seguridad de los protocolos de clasificación de riesgo y señaló la necesidad de profundizar el tema en cuestión en las escuelas de educación para la salud en Brasil, además de la formación adecuada de los profesionales para asegurar la calidad de la atención.

Palabras clave: Cribado; Recepción; Enfermería de emergência; Servicios médicos de emergencia.

1. Introdução

No Brasil, as portas de entrada de urgência assumem o papel das principais formas de acesso ao atendimento médico nas mais variadas situações. Diante das dificuldades de acesso aos serviços da Atenção Primária e Especializada houve o aumento pela procura por atendimento através dos serviços de urgência e emergência (Souza & Andrade, 2014)

Historicamente, devido à grande demanda de pacientes, formas de triagem foram adotadas no cenário internacional. Países como Inglaterra, EUA, Canadá, Austrália e Espanha, iniciaram, no início dos anos 90, a triagem por classificação de risco. Trata-se de uma ferramenta que prioriza o atendimento por estratificação de risco, conforme a gravidade de cada paciente, com o intuito de organizar o fluxo dos pacientes nas portas de emergência e aperfeiçoar a qualificação da assistência aos usuários destes serviços (GBACR, 2015).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Rede de Atenção às Urgências com o intuito de ampliar o acesso às portas de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS). Tais estratégias visaram fortalecer os princípios da regionalização e hierarquização do SUS, integrando os diversos serviços no formato de rede

para promover uma atenção à saúde humanizada, resolutiva e organizada. Sendo assim, prospecta-se que o SUS seja capaz de atender a uma população acometida por doenças crônicas e infecciosas, e com alta morbimortalidade por causas externas em função da crescente violência urbana e dos acidentes de trânsito (Soares *et al.*, 2018; Bahia, 2014).

O Estado da Bahia, na perspectiva de ampliar o acesso com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, em consonância com as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e da PNH, publicou em 2014, um instrumento próprio. O referido instrumento foi elaborado com base em protocolos institucionais brasileiros e na epidemiologia local, o Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA (Brasil, 2014).

Considerando a atual situação das portas de entrada dos serviços de urgência da Bahia, marcadas por uma elevada demanda de pacientes aliada a necessidade de qualificar a atenção e de organizar os processos de trabalho por estratificação de risco, se fez pertinente interrogar a confiabilidade do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. A elaboração do referido protocolo visou aprimorar o atendimento nas portas de entrada de urgência do Estado da Bahia.

Entendendo que os instrumentos de classificação de risco deverão medir níveis de criticidade que organizam o cuidado por estratificação de risco, a avaliação da segurança do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA tornou-se questão fundamental para a sua validação e implantação definitiva. Estes aspectos conferem aos enfermeiros maior assertividade no momento da classificação, contribuindo para a qualificação da assistência das portas de emergência ao estabelecer uma linguagem uniforme entre os pontos da rede de atenção. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a concordância entre os graus de risco atribuídos na classificação realizada pelos enfermeiros, em relação ao protocolo e entre os classificadores.

2. Método

Trata-se de um estudo descritivo que buscou, através da construção e validação de um instrumento de coleta de dados, avaliar o grau de concordância das classificações admitidas pelos profissionais, em relação ao Protocolo Estadual de Acolhimento com Classificação de Risco e em relação aos seus pares.

Fez parte deste estudo um total de 30 enfermeiros, com experiência reconhecida na utilização de protocolos de classificação de risco e que atuavam em uma Unidade de Pronto Atendimento no município de Salvador-BA. A referida instituição pertence à Secretaria de

Saúde do Estado da Bahia e atende um público predominantemente composto por indivíduos adultos, usuários do SUS.

Foi elaborado um questionário com finalidade de avaliar o grau de concordância dos níveis de gravidade atribuídos pelos enfermeiros nos casos clínicos, em comparação às determinações do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA para tais situações. Para a construção do instrumento de pesquisa considerou-se dados estatísticos dos atendimentos realizados pela UPA 24h, no período de janeiro a março de 2016, bem como as informações sobre a quantidade de casos classificados por cada cor no mesmo período: vermelho (5,7%), amarelo (11,8%), verde (72,1%) e azul (10,4%). A média de atendimentos no período informado foi de 184 atendimentos ao dia e de 5.520 atendimentos por mês.

Conforme os dados estatísticos previamente informados foram elaborados 32 casos clínicos, de acordo com os descritores dispostos no Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. O referido instrumento é composto de 24 descritores para pacientes adultos e 15 descritores para pacientes pediátricos, permitindo classificar os pacientes em quatro cores (vermelho, amarelo, verde e azul). Tais descritores consideram a gravidade de cada paciente em sua individualidade, e levando em conta os aspectos psicossociais para um atendimento holístico e com continuidade no âmbito do SUS.

Respeitando-se a frequência das classificações por cores na UPA, organizou-se um instrumento piloto, a título de validação, contendo: dois casos classificados como vermelho (5,7%), quatro casos classificados como amarelo (11,8%), 23 casos classificados como verde (72,1%) e três casos classificados como azuis (10,4%). De acordo com o perfil epidemiológico do Estado da Bahia, foram escolhidos onze casos clínicos para o questionário aplicado aos profissionais.

O instrumento definitivo constituiu-se de duas partes. A primeira composta por dados de identificação; formação; local de atuação; solicitação de estatística de atendimento por turno; percepção sobre a aplicação de protocolo de classificação de risco na emergência e experiência com o Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Já a segunda parte condensou os casos clínicos padronizados, para verificar o conhecimento aplicado às situações expostas. Os referidos casos foram baseados em sinais e sintomas relacionados à queixa principal (descritores), conforme Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA, sendo considerado o padrão ouro.

Após as etapas de elaboração, avaliação e revisão, importou-se o questionário para a plataforma virtual *Survey Monkey*[®]. A coleta de dados foi realizada em julho de 2016. Os casos foram distribuídos de forma aleatória para possibilitar a aplicação do instrumento

remotamente, no modo *on-line*. O acesso ao questionário foi garantido aos participantes através da disponibilização do endereço *on-line* gerado pela referida plataforma.

Após a coleta, os dados foram tabulados e categorizados no programa SPSS Statistics® versão 23, sendo, posteriormente convertidos em tabelas e gráficos. Em sequência procedeu-se a análise e interpretação dos dados, de forma descritiva. O processo de acolhimento com classificação de risco constitui uma variável categórica ordinal. Desta forma, para a avaliação do grau de concordância entre profissionais e o Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA, foi calculado o coeficiente de Kappa. Neste estudo a interpretação dos valores encontrados na faixa intervalar do coeficiente de Kappa, está de acordo com a Tabela 1:

Tabela 1 – Valores da estatística de Kappa e a interpretação dos resultados.

Valores de Kappa	Concordância
Menor que 0	Nenhuma
Entre 0 e 0,20	Pobre
Entre 0,21 e 0,40	Sofrível
Entre 0,41 e 0,60	Moderada
Entre 0,61 e 0,80	Substancial
Entre 0,81 e 1,00	Quase perfeita

Fonte: Autores, (2016).

O desenvolvimento da pesquisa se deu mediante a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, submetido e aprovado através do parecer CAAE de nº 48509315.2.0000.5544 da Plataforma Brasil. Este estudo foi financiado e custeado pelos pesquisadores.

3. Resultados

Este estudo contou com um painel composto por 30 enfermeiros, com abstenção de 01(um) profissional nas respostas dos casos clínicos. A média de idade foi de 36 anos, sendo que 93% eram do sexo feminino. O tempo médio de formação entre os profissionais foi de 10,5 anos.

O grupo que compôs o painel realizava uma média de 51,6 atendimentos por turno de seis horas de trabalho. A totalidade dos participantes desta pesquisa confirmou o uso regular

de protocolos para o acolhimento com classificação de risco nas unidades em que trabalham, assim como, 86,6% afirmaram conhecer o Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA.

Quanto à concordância entre profissionais e o Protocolo Estadual de Classificação de risco, constatou-se que a maioria dos enfermeiros (37,9%) apresentou nível de concordância substancial. Contudo, é válido ressaltar que a soma do número de profissionais que obtiveram concordâncias sofrível e moderada (62,1%) prevaleceu sobre o percentual de enfermeiros que obtiveram concordância substancial.

O resultado da quantificação de percentuais de concordância compatíveis, entre os enfermeiros foi considerado moderado (58,7%). No que diz respeito à concordância entre os profissionais, relacionada às classificações admitidas através das respostas dos casos clínicos do questionário, esta pôde ser mais bem retratada por meio da densidade colorimétrica. Através da escala de cores, foi atribuída a cor azul aos baixos percentuais de concordância, enquanto a cor vermelha foi atribuída para os altos percentuais, com variações da tonalidade em função dos percentuais de concordância (Quadro 1).

Quadro 1 – Percentuais da concordância entre os enfermeiros na avaliação do grau de prioridade atribuído para os casos clínicos do questionário, Salvador-BA, 2016.

	ENF A	ENF B	ENF C	ENF D	ENF E	ENF F	ENF G	ENF H	ENF I	ENF J	ENF K	ENF L	ENF M	ENF N	ENF O	ENF P	ENF Q	ENF R	ENF S	ENF T	ENF U	ENF V	ENF W	ENF X	ENF Y	ENF Z	ENF aa	ENF ab	ENF ac	
ENF A		36,3	63,6	72,7	45,4	63,6	45,4	63,6	45,4	36,3	36,3	36,3	54,5	54,5	45,4	18,1	45,4	36,3	54,5	36,3	54,5	27,2	36,3	63,6	18,1	45,4	54,5	45,4		
ENF B	36,3		54,5	63,6	63,6	54,5	54,5	18,1	90,9	90,9	63,6	81,8	54,5	45,4	72,7	81,8	72,7	54,5	45,4	72,7	72,7	72,7	72,7	63,6	27,2	63,6	54,5	81,8	90,9	72,7
ENF C	63,6	54,5		72,7	81,8	63,6	63,6	81,8	45,4	54,5	45,4	72,7	72,7	81,8	72,7	54,5	45,4	72,7	72,7	72,7	72,7	72,7	72,7	63,6	27,2	63,6	54,5	81,8	90,9	72,7
ENF D	72,7	63,6	72,7		72,7	72,7	72,7	27,2	63,6	54,5	45,4	63,6	72,7	63,6	45,4	72,7	63,6	63,6	63,6	63,6	63,6	63,6	36,3	27,2	54,5	45,4	72,7	81,8	63,6	
ENF E	45,4	63,6	81,8	72,7		63,6	72,7	27,2	63,6	54,5	54,5	63,6	81,8	72,7	63,6	54,5	81,8	72,7	81,8	81,8	72,7	54,5	36,3	54,5	63,6	81,8	90,9	72,7		
ENF F	63,6	54,5	63,6	72,7	63,6		63,6	63,6	54,5	54,5	45,4	54,5	54,5	72,7	63,6	54,5	63,6	72,7	72,7	72,7	72,7	72,7	45,4	45,4	54,5	54,5	81,8	72,7	90,9	
ENF G	45,4	54,5	63,6	72,7	72,7	63,6		81,8	27,2	54,5	45,4	36,3	54,5	63,6	54,5	63,6	63,6	72,7	54,5	72,7	72,7	54,5	45,4	45,4	45,4	72,7	63,6	72,7	54,5	
ENF H	63,6	54,5	81,8	72,7	72,7	63,6	81,8		36,3	54,5	45,4	54,5	72,7	63,6	54,5	54,5	63,6	72,7	54,5	72,7	72,7	54,5	63,6	27,2	63,6	54,5	63,6	72,7	54,5	
ENF I	45,4	18,1	45,4	27,2	27,2	54,5	27,2	36,3		18,1	27,2	36,3	36,3	36,3	45,4	27,2	36,3	36,3	36,3	36,3	36,3	36,3	36,3	36,3	36,3	36,3	45,4	45,4	36,3	54,5
ENF J	36,3	90,9	54,5	63,6	63,6	54,5	54,5	18,1		81,8	54,5	81,8	54,5	45,4	63,6	72,7	81,8	63,6	81,8	63,6	63,6	54,5	36,3	63,6	63,6	72,7	63,6	72,7	63,6	63,6
ENF K	36,3	90,9	45,4	54,5	54,5	45,4	45,4	27,2	81,8			54,5	72,7	45,4	36,3	54,5	63,6	72,7	45,4	72,7	54,5	45,4	54,5	45,4	72,7	54,5	63,6	54,5	54,5	
ENF L	36,3	63,6	72,7	45,4	54,5	54,5	36,3	54,5	36,3	54,5	54,5		63,6	54,5	45,4	63,6	36,3	63,6	54,5	63,6	45,4	54,5	72,7	18,1	54,5	45,4	72,7	63,6	63,6	
ENF M	54,5	81,8	72,7	63,6	63,6	54,5	54,5	72,7	36,3	81,8	72,7	63,6		54,5	45,4	63,6	72,7	81,8	45,4	81,8	63,6	45,4	72,7	45,4	90,9	63,6	72,7	63,6	63,6	
ENF N	54,5	54,5	81,8	72,7	81,8	72,7	63,6	63,6	36,3	54,5	45,4	54,5	54,5		90,9	45,4	45,4	72,7	81,8	72,7	81,8	81,8	45,4	36,3	45,4	54,5	81,8	90,9	81,8	
ENF O	45,4	45,4	72,7	63,6	72,7	63,6	54,5	54,5	45,4	45,4	36,3	45,4	45,4	90,9		54,5	54,5	63,6	72,7	63,6	72,7	72,7	45,4	36,3	36,3	63,6	72,7	81,8	72,7	
ENF P	18,1	63,6	54,5	45,4	63,6	54,5	63,6	54,5	27,2	63,6	54,5	63,6	63,6	45,4	54,5		63,6	81,8	45,4	81,8	63,6	45,4	90,9	54,5	54,5	72,7	72,7	63,6	63,6	
ENF Q	45,4	72,7	45,4	72,7	54,5	63,6	63,6	63,6	72,7	63,6	36,3	72,7	45,4	54,5		63,6		72,7	36,3	72,7	54,5	36,3	54,5	45,4	63,6	72,7	63,6	54,5	54,5	
ENF R	36,3	81,8	72,7	63,6	81,8	72,7	72,7	36,3	81,8	72,7	63,6	81,8	72,7	63,6	81,8	72,7		63,6	100	81,8	36,3	72,7	54,5	72,7	81,8	90,9	81,8	81,8		
ENF S	54,5	54,5	72,7	63,6	72,7	72,7	54,5	54,5	36,3	63,6	45,4	54,5	45,4	81,8	72,7	45,4	36,3	63,6		63,6	81,8	100	36,3	36,3	45,4	72,7	81,8	81,8		
ENF T	36,3	81,8	72,7	63,6	81,8	72,7	72,7	36,3	81,8	72,7	63,6	81,8	72,7	63,6	81,8	73,7	100		63,6	81,8	63,6	72,7	54,5	72,7	81,8	90,9	81,8	81,8		
ENF U	54,5	63,6	72,7	63,6	81,8	72,7	72,7	36,3	63,6	54,5	45,4	63,6	81,8	72,7	63,6	54,5	81,8	81,8		81,8	81,8	54,5	54,5	54,5	54,5	63,6	72,7	81,8	81,8	
ENF V	54,5	54,5	72,7	63,6	72,7	72,7	54,5	54,5	36,3	63,6	45,4	54,5	45,4	81,8	72,7	45,4	36,3	63,6	100	63,6	81,8		36,3	36,3	36,3	45,4	72,7	81,8	81,8	
ENF W	27,2	54,5	63,6	36,3	54,5	45,4	45,4	63,6	36,3	54,5	54,5	72,7	72,7	45,4	45,4	90,9	54,5	72,7	36,3	72,7	54,5	36,3		45,4	63,6	63,6	63,6	54,5	54,5	
ENF X	36,3	45,4	27,2	27,2	36,3	45,4	45,4	27,2	36,3	36,3	45,4	18,1	45,4	36,3	36,3	54,5	45,4	54,5	36,3	54,5	54,5	36,3	45,4		54,5	63,6	45,4	36,3	54,5	
ENF Y	63,6	72,7	63,6	54,5	54,5	54,5	45,4	63,6	36,3	63,6	72,7	54,5	90,9	45,4	36,3	54,5	63,6	72,7	36,3	72,7	54,5	36,3	63,6	54,5		54,5	63,6	54,5	54,5	
ENF Z	18,1	63,6	54,5	45,4	63,6	54,5	72,7	54,5	45,4	63,6	54,5	45,4	63,6	54,5	63,6	72,7	72,7	81,8	45,4	81,8	63,6	45,4	63,6	63,6	54,5		72,7	63,6	63,6	
ENF aa	45,4	72,7	81,8	72,7	81,8	81,8	63,6	63,6	45,4	72,7	63,6	72,7	72,7	81,8	72,7	63,6	90,9	72,7	72,7	72,7	72,7	72,7	63,6	45,4	63,6	63,6		90,9	90,9	
ENF ab	54,5	63,6	90,9	81,8	90,9	72,7	72,7	36,3	63,6	54,5	63,6	63,6	90,9	81,8	63,6	54,5	81,8	81,8	81,8	81,8	81,8	81,8	81,8	54,5	36,3	54,5	63,6	90,9	81,8	
ENF ac	45,4	63,6	72,7	63,6	72,7	90,9	54,5	54,5	54,5	63,6	54,5	63,6	63,6	81,8	72,7	63,6	54,5	81,8	81,8	81,8	81,8	81,8	54,5	54,5	54,5	63,6	90,9	81,8		

Fonte: Autores, (2016).

Grande parte dos participantes desta pesquisa (96,4%) concordou que o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) organiza o atendimento em serviços de urgência e emergência. Houve a mesma proporção de acordo quanto às seguintes hipóteses feitas no

questionário: a aplicação do ACCR torna o atendimento mais rápido; o ACCR funciona se a equipe for adequadamente capacitada; a atuação interdisciplinar é fundamental para efetividade do ACCR; na unidade em que você atua o trabalho em equipe funciona no ACCR; o ACCR é capaz de gerar dados que permitem a auditoria.

Os dados colhidos evidenciaram que ainda existem divergências de opiniões acerca da facilidade de se adotar o ACCR nos serviços de urgência e emergência, tendo em vista que 14,2% posicionaram-se discordando desta afirmativa, a despeito da maioria (82%) ter concordado que o ACCR pode ser facilmente implantado.

4. Discussão

Para o bom funcionamento de ferramentas como os protocolos de classificação de risco, convém a existência de concordância entre os profissionais e o protocolo, assim como, entre os profissionais que constantemente realizam classificações de pacientes. A referida constatação na coleta de dados deste estudo confere maior segurança para os usuários, através da uniformidade na interpretação dos fluxogramas, presentes em tais protocolos (Brasil, 2002; Paula *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2014).

Considerando que o protocolo determina a urgência do atendimento em função da gravidade, no momento da avaliação do profissional, é essencial para a segurança dos pacientes que exista concordância profissional-protocolo. Através da aplicação de instrumento de coleta de dados, obteve-se moderado grau de concordância ($k = 0,51$) entre os profissionais e o protocolo avaliado neste trabalho. O resultado alcançado neste estudo é compatível com uma pesquisa, realizada em São Paulo - SP no ano de 2013, a qual obteve valor de concordância moderado para a maioria dos profissionais que participaram do estudo, envolvendo o protocolo institucional utilizado em um hospital (Oliveira *et al.*, 2013).

Outra publicação realizada em uma unidade de pronto socorro hospitalar de Belo Horizonte – MG, do ano de 2014 revelou concordância sofrível entre a relação profissional-protocolo (Plesner *et al.*, 2015; GBACR, 2015). O baixo grau de concordância põe em risco a segurança dos usuários dos serviços de urgência, visto que a subestimação do risco real do paciente leva ao atraso do seu atendimento, podendo implicar em complicações do seu quadro clínico. De forma análoga, a superestimação do risco também pode comprometer a segurança dos pacientes, ao passo que uma classificação equivocada repercute na ocupação indevida de leitos, assim como causa atraso da equipe no atendimento de pacientes que demandam maior urgência (Soares *et al.*, 2013; Sacoman *et al.*, 2019; Araujo *et al.*, 2014).

Este estudo verificou grau de concordância moderado (58,7%), entre os profissionais e seus pares, no que diz respeito à classificação admitida por estes nos casos clínicos do questionário. Vale salientar que o Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA foi criado e começou a ser utilizado no ano de 2014, sem que os enfermeiros fossem submetidos a qualquer tipo de capacitação específica, ou possuísem alguma experiência prévia durante a graduação. É importante considerar que o tempo médio de formação dos profissionais foi de 10,5 anos.

O estudo já citado, realizado em São Paulo (2013) obteve resultado de baixa concordância entre os profissionais. A ausência de graus de concordância mais significativos entre profissionais pode ser atribuída à falta de capacitação adequada da equipe acerca do protocolo estabelecido, dificuldades para implantar o protocolo, aliadas à ausência de condições viáveis para a sua aplicação, como a falta de equipamentos e de estrutura física adequada (Oliveira *et al.*, 2013; Araujo *et al.*, 2014; Rates *et al.*, 2016).

Acerca da relevância da capacitação dos profissionais, vale ressaltar o protocolo Manchester®, por seu reconhecimento na literatura como um protocolo confiável (GBACR, 2015). Tal mérito é creditado em função da existência de diretrizes, exigidas para a sua implantação, sendo uma delas a necessidade de sensibilização e capacitação adequada da equipe (Soares *et al.*, 2013).

O Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA foi elaborado conforme o modo de operacionalização do Protocolo Manchester®, com a escuta qualificada e avaliação criteriosa da queixa/sintoma que levou o paciente ao serviço, direcionando-a para um descritor (Bahia, 2014). Desta forma, a importância dos treinamentos no processo do Acolhimento com Classificação de Risco fica bem estabelecida conforme os principais resultados de um estudo realizado em Maringá-SC (Weykamp *et al.*, 2015). A referida pesquisa avaliou a implantação do sistema de triagem Manchester® em uma Unidade de Pronto Atendimento, no qual se verificou a fragilidade do serviço, apesar da adoção deste sistema de classificação de risco, devido à necessidade de manutenção das capacitações da equipe (Sacoman *et al.*, 2019).

Os serviços de urgência permanecem constantemente sob a avaliação crítica quanto ao acolhimento, à qualidade da assistência ofertada e a agilidade nos atendimentos. O ACCR é, na atualidade, a ferramenta que organiza o fluxo de pacientes nas portas de entrada dos serviços de urgência, de modo a atender a demanda constante de pacientes (Souza & Andrade, 2014; GBACR, 2015; Brasil, 2002, Oliveira *et al.*, 2013; Costa *et al.*, 2015).

Verificou-se nesta pesquisa que 96,5% dos profissionais ratificaram o ACCR como facilitador no processo de trabalho inerente aos serviços de urgência e emergência, tornando-o mais eficiente. Estes dados estão em consonância com os apresentados por estudo realizado em Campos dos Goytacazes – RJ (2016), no qual os enfermeiros responsáveis pelo acolhimento verificaram progressos em relação à recepção do usuário do serviço, com atendimento mais humanizado, capaz de reduzir as filas de espera (Rates *et al.*, 2016).

As opiniões acerca da importância da capacitação para o bom funcionamento do acolhimento com classificação de risco, observadas neste trabalho, seguem a direção daquelas publicadas na literatura. Estas convergem para a necessidade constante de fornecer capacitações adequadas e de forma periódica às equipes multiprofissionais envolvidas com os fluxogramas dos protocolos adotados pelas respectivas unidades de saúde (Costa *et al.*, 2015; Bellucci Júnior *et al.*, 2012).

Existem dificuldades na manutenção das capacitações aliadas aos fatores intrínsecos, como a indisponibilidade de materiais e espaço físico e, extrínsecos aos serviços de emergência, como a falta de compreensão dos usuários em relação ao funcionamento dos protocolos. Dados encontrados em dois estudos realizados no Estado do Rio de Janeiro corroboraram com o maior percentual de discordância revelado por esta pesquisa (14,2%), representativo dos participantes que discordaram acerca do ACCR ser considerado um processo de simples implantação nas portas de urgência (Rates *et al.*, 2016; Weykam ET AL., 2015).

Foram consideradas limitações deste estudo o uso do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA como parâmetro, implicando em dificuldades para a realização de comparações com estudos análogos; a aplicação do questionário aos profissionais de uma única unidade de saúde, não sendo realizada a verificação do grau de concordância (entre profissionais e entre profissionais-protocolo) em outras unidades que também utilizam o referido protocolo e a escassez de estudos encontrados, no que diz respeito à avaliação do grau de concordância, conforme exposto.

Outra questão que merece destaque é a adesão dos enfermeiros quanto à utilização dos protocolos. Mesmo que existam treinamentos acerca da utilização dos protocolos de classificação de risco e a sensibilização por parte dos gestores dos serviços, não se pode refutar a ideia de que a baixa adesão gera ruptura na eficácia do processo de trabalho, impactando em vieses importantes na assertividade da triagem do enfermeiro. Por se tratar de temática recente nos meios científicos e acadêmicos é possível que uma parte dos

profissionais, principalmente os que possuem mais de dez anos de formação, não priorize a utilização dos protocolos.

Dentre os fatores facilitadores deste estudo, incluiu-se o uso do recurso da internet para a coleta dos dados, através do domínio *online SurveyMonkey®*, sendo possível a aplicação do questionário por meio digital, tornando-o mais acessível aos profissionais participantes. Ressalta-se também a colaboração dos gestores da instituição UPA, por fornecer dados epidemiológicos, referentes aos atendimentos realizados, os quais foram fundamentais para a estruturação do instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa.

5. Conclusão

O Acolhimento com Classificação de Risco se consolidou como uma das principais estratégias na efetivação da equidade do SUS ao priorizar o atendimento médico do usuário em situação de maior criticidade. Esta pesquisa constatou grau de concordância moderado entre classificadores e o Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA, assim como se observou concordância moderada entre os profissionais. A partir de tais dados foi possível apontar a demanda em ofertar capacitações voltadas para toda a equipe envolvida no ACCR com o intuito de reforçar a importância da utilização e adesão ao Protocolo, conferindo maior segurança ao instrumento em questão.

Considerando que o Acolhimento com Classificação de Risco representa um dos pilares para a qualidade do atendimento aos usuários dos serviços de urgência e emergência, com maior envolvimento dos Enfermeiros e Médicos, bem como a carência de estudos publicados, se torna pertinente a abordagem, o aprofundamento e a difusão deste tema em Instituições de formação superior em saúde. Tal fato reforça a necessidade da realização de mais estudos que avaliem a qualidade dos serviços que adotam protocolos institucionais, assegurando a eficácia e a assertividade destes instrumentos para a utilização profissional e a qualidade da assistência ofertada.

Referências

Araujo, Y. B., Ferreira, L. B. A., Santos, C. M. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência: limites e possibilidades uma questão para os enfermeiros. *Perspectivas Online: Biologia & Saúde*. 2014; 15(4), 25-49.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Governo da Bahia. Protocolo Estadual de Classificação de Risco. 2014. Recuperado de: <http://www.saude.ba.gov.br/voportal/images/stories/PDF/protocolo_classificacaoderisco_cour.pdf>.

Bellucci Júnior, J. A., Matsuda, L. M. Implantação do sistema Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2012; 1(21), 217-25.

Brasil. Portaria Nº 2048, de 05 de Novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Recuperado de: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt>>

Costa, M. A. R., Versa, L. G. S., Bellucci, J. A., Inoue, K. C., Sales, C. A., Matsuda, L. M. Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de Serviços Hospitalares de Emergência. *Esc Anna Nery* 2015; 19(3), 491-497.

Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (Ed.). Diretrizes para implementação do sistema Manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências. 2015. Recuperado de: <<http://gbcr.org.br/>>.

Grupo Brasileiro De Acolhimento Com Classificação De Risco. História da Classificação de Risco no mundo. 2015. Recuperado de: <http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107>.

Oliveira, G. N., *et. al.* Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 2013;2(21):1-7.

Oliveira, J. L. C., Gatti, A. P., Barreto, M. S., Bellucci Junior, J. A., Góes, H. L. F., Matsuda, L. M. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(1), e0960014.

Paula, C. F. B., Ribeiro, R. C. H. M., Werneck, A. L. Humanização da assistência: acolhimento e triagem na classificação de risco. *Rev enferm UFPE*, Recife, 13(4),997-1005, abr., 2019.

Plesner, L. L., Iversen, A. K. S., Langkjaer, S., Nielsen, T. L., Ostervig, R., et al. The formation and design of the TRIAGE study - baseline data on 6005 consecutive patients admitted to hospital from the emergency department. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2015; 23, 106.

Rates, H. F., Alves, M., Cavalcante, R. B. O processo de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco. *Rev Min Enferm*. 2016; 20, e969.

Sacoman, T. M., Beltrammi, D. G. M., Andrezza, R., Cecílio, L. C. O., Reis, A. A. C. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde debate | Rio de Janeiro*, 43(121), 354-367.

Silva, M. F. N., Oliveira, G. N., Marconato, A. M. P., Marconato, R. S., Bargas, E. B., Araujo, I. E. M. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mar.-abr. 2014; 22(2), 218-25.

Soares, A. C. L., Brasileiro, M., Souza, D. G. Acolhimento com classificação de risco: atuação do enfermeiro na urgência e emergência. *São Paulo: Revista Recien*. 2018; 8(22), 22-33.

Soares, R., Ascari, T. M., Ascari, R. A. Classificação de risco: implantação do sistema Manchester em uma unidade de pronto-atendimento. *Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research*, 2013; 3(1), 11-5.

Souza, T. H., Andrade, R. Acolhimento com classificação de risco: um indicador da demanda emergencial de um serviço hospitalar. *Cogitare Enferm*. 2014; 19(4), 701-708

Weykamp, J. M., Pickersgill, C. S., Cecagno, D., Vieira, F. P., Siqueira, H. C. H. Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. *Rev Rene*. 16(3), 327-36. 3.

Porcentagem de distribuição de cada autor no manuscrito

Guido Santana do Valle - 12,5%

Mariane Teixeira Dantas Farias - 12,5%

Marta Silva Menezes - 12,5%

Simone Santos Souza – 12,5%

Igor Ferreira Borba de Almeida - 12,5%

Deybson Borba de Almeida - 12,5%

Jeferson Gomes dos Santos - 12,5%

Miriele Santos de Souza - 12,5%