

ASSOCIAÇÃO ENTRE O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, DESFECHO CLÍNICO E O ESCORE MEWS

ASSOCIATION BETWEEN RECEPTION WITH RISK CLASSIFICATION, CLINICAL OUTCOME AND THE MEWS SCORE

ASOCIACIÓN ENTRE LA ACOGIDA CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO, EL DESENLACE CLÍNICO Y LA PUNTUACIÓN MEWS

Tatiane de Jesus Martins Mendes ¹
Laura Menezes Silveira ¹
Lilian Puglas da Silva ¹
Angelita Maria Stabile ¹

¹ Universidade de São Paulo – USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP. Ribeirão Preto, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Tatiane de Jesus Martins Mendes. E-mail: tjesusmendes@bol.com.br
Submetido em: 1º/04/2017 Aprovado em: 22/02/2018

RESUMO

Objetivo: verificar a associação entre a classificação de risco, o escore de MEWS e o desfecho clínico do paciente atendido em uma unidade de urgência e emergência. **Método:** trata-se de estudo transversal, de abordagem quantitativa, o qual foi realizado em uma unidade de urgência e emergência de um hospital privado do interior paulista. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de julho de 2014 e junho de 2015, com amostra de 1.674 prontuários de pacientes que buscaram atendimento clínico. **Resultados:** dos prontuários avaliados, 65% eram de pacientes do sexo feminino, com média de idade de 42 anos, queixa mais frequente relacionada ao trato digestório (14,8%). A maioria dos pacientes atendidos foi classificada como pouco urgente (verde) 91,2%. Na análise dos desfechos, 98,7% receberam alta após atendimento médico, tendo como prevalente a classificação não urgente. Dos pacientes encaminhados à internação, 59,1% foram classificados como emergentes/urgentes. Ao relacionar a classificação de risco com o escore de alerta precoce (MEWS), observa-se uma pontuação superior nos pacientes classificados como emergentes/urgentes, sendo que os pacientes internados obtiveram pontuação maior dos que foram liberados de alta. **Considerações finais:** os resultados demonstraram que a classificação de risco foi efetiva em definir a prioridade de atendimento e prever o desfecho em uma unidade de urgência e emergência.

Palavras-chave: Medidas de Associação, Exposição, Risco ou Desfecho; Serviços Médicos de Emergência; Triage.

ABSTRACT

Objective: to verify the association between the risk classification, the MEWS score and the clinical outcome of patients assisted in an urgency and emergency unit. **Method:** this is a cross-sectional study with quantitative approach conducted in an urgency and emergency unit of a private hospital in the countryside of São Paulo. Data collection took place between July 2014 and June 2015, with a sample of 1674 medical records of patients that sought clinical care. **Results:** of the assessed medical records, 65% were of female patients, with an average age of 42 years, and the most common complaints were related to the digestive tract (14.8%). Most of the treated patients were classified as less urgent (green), 91.2%. As for outcomes, 98.7% were discharged after medical care, with a prevalence of the non-urgent classification. Of the patients referred for hospitalization, 59.1% were classified as emergent/urgent. When relating the risk classification with the Modified Early Warning Score (MEWS), we noted a higher score in patients classified as emergent/urgent, where the admitted patients obtained a score higher than those who were discharged. **Final considerations:** the results showed that risk classification was effective in defining priorities of care and foreseeing the outcome in an urgent and emergency unit.

Keywords: Measures of Association, Exposure, Risk or Outcome; Emergency Medical Services; Triage.

Como citar este artigo:

Mendes TJM, Silveira LM, Silva LP, Stabile AM. Associação entre o acolhimento com classificação de risco, desfecho clínico e o escore Mews. REME – Rev Min Enferm. 2018[citado em _____];22:e-1077. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20180007

RESUMEN

Objetivo: verificar la asociación entre la clasificación de riesgo, la puntuación de MEWS y el desenlace clínico del paciente atendido en el servicio de urgencias y emergencias. **Método:** se trata de un estudio transversal de investigación cuantitativa realizado en el servicio de urgencias y emergencias médicas de un hospital privado del interior de São Paulo. Los datos se recogieron entre julio 2014 y junio 2015, con una muestra de 1.674 expedientes médicos de pacientes que buscaron atención clínica. **Resultados:** entre los expedientes médicos evaluados, el 65% pertenecía a pacientes del sexo femenino, edad promedio de 42 años y queja más frecuente relacionada con el tracto digestivo (el 14,8%). La mayoría de los pacientes atendidos (91,2%) fue clasificada como poco urgente (verde). En el análisis de los desenlaces, el 98,7% fue dado de alta después de la atención médica, con prevalencia de clasificación no urgente. Entre los pacientes remitidos para internación el 59,1% fue clasificado como emergente/urgente. Al comparar la clasificación de riesgo con la puntuación de alerta temprana (MEWS), se observa que la puntuación es superior en los pacientes clasificados como emergentes/urgentes y que los pacientes internados obtuvieron puntuación más elevada que aquéllos dados de alta. **Consideraciones finales:** los resultados demuestran que la clasificación de riesgo se muestra eficaz en definir la prioridad de atención y en prever el desenlace en un servicio de urgencias y emergencias.

Palabras clave: Medidas de Asociación, Exposición, Riesgo o Desenlace; Servicios Médicos de Urgencia; Triage.

INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência são componentes fundamentais da assistência à saúde. No entanto, observa-se aumento da demanda por esses serviços, que pode ser causada por vários fatores como o crescimento do número de acidentes, da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede. Esses fatores contribuem para a sobrecarga dos serviços e podem repercutir diretamente sobre a qualidade do atendimento prestado.¹ A fim de ordenar o fluxo de usuários e humanizar os atendimentos nesses serviços, a Política Nacional de Humanização de 2004 trouxe a prática do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como um norteador assistencial para essas unidades.²

O ACCR é definido como um processo de avaliação, utilizado para dar prioridade aos doentes que chegam ao serviço de urgência e emergência.³ A gravidade do paciente é avaliada por meio dos sinais e sintomas apresentados. A avaliação do risco e as suas vulnerabilidades devem ser consideradas no ACCR, levando em conta os usuários e suas redes sociais e o grau de sofrimento físico e psíquico.⁴

Nessa perspectiva, a utilização de protocolos na classificação de risco permite que os profissionais sigam os mesmos parâmetros na priorização do atendimento aos pacientes segundo sua gravidade, diminuindo a possibilidade de subjetividade.⁴

Em geral, o atendimento do ACCR é realizado pelo enfermeiro, por meio da interação com o cliente para a identificação da queixa principal do usuário, a qual definirá o nível de risco do paciente.⁴ A partir da coleta de dados e do exame físico do usuário, o enfermeiro realiza a tomada de decisão com base na escuta qualificada e no julgamento clínico e crítico das queixas que induzem a um raciocínio lógico que remete à priorização do atendimento.⁵

Embora a utilização do ACCR nos serviços de urgência e emergência no Brasil tenha sido incorporada no ano de 2004, poucos estudos verificaram a capacidade desse tipo de avaliação para prever o desfecho clínico do paciente. Esse tipo de avaliação pode trazer importantes contribuições para as insti-

tuições, visto que permite avaliar o processo de classificação de risco, a efetividade do protocolo utilizado, antever a demanda de atendimento e, conseqüentemente, possibilita a adequação dos recursos humanos e materiais, mais organização no atendimento, resultando em melhoria da assistência aos pacientes.

Um discriminador foi utilizado para validar o protocolo de classificação de risco, o escore de alerta precoce modificado (*Modified Early Warning Score* – MEWS), que tem como finalidade a identificação precoce do risco de deterioração clínica do paciente.⁶ Os pacientes com escore alterado necessitam de mais atenção pela equipe, considerando que a intervenção precoce pode melhorar o desfecho clínico.⁷ Assim, espera-se que pacientes que sejam classificados com alto risco no ACCR também apresentem pontuação mais alta no MEWS.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi verificar a associação entre a classificação de risco, o escore de MEWS e o desfecho clínico do paciente atendido em uma unidade de urgência e emergência.

MÉTODOS

Trata-se de estudo analítico de coorte retrospectivo cujo delineamento foi transversal e a abordagem dos dados foi quantitativa. O estudo foi realizado na unidade de urgência e emergência de um hospital privado de médio porte, localizado no norte paulista, o qual realiza aproximadamente 12.000 atendimentos/mês e está vinculado a 28 operadoras de saúde suplementar.

Os dados foram coletados diretamente do prontuário eletrônico do paciente. Na instituição, os dados dos pacientes são registrados em um sistema informatizado específico para a classificação de risco. Para classificação dos pacientes clínicos foi utilizado como referência o protocolo de classificação de risco proposto pelo Ministério da Saúde em 2004.²

Embora, o protocolo original preveja a classificação em quatro cores, na instituição referida optou-se por uma adaptação no protocolo, sendo feito o agrupamento da cor azul com a

verde devido à pequena demanda para esse tipo de atendimento na instituição. Assim, os pacientes são classificados em: emergente (vermelho), urgente (amarelo) e pouco urgente (verde).

Um protocolo de classificação de risco é válido se mede o que é suposto medir: “verdadeira urgência”. Para avaliar a validade dos protocolos de classificação de risco, um padrão-ouro tem que ser definido.³ Assim, na instituição onde foi realizado este estudo, o discriminador utilizado para validação do ACCR foi o escore de alerta precoce modificado MEWS. O MEWS é uma escala de alerta baseado num sistema de atribuição de pontos aos parâmetros vitais. As variáveis avaliadas incluem frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial sistólica, temperatura corporal e nível de consciência.⁶ Quanto mais distantes os parâmetros estiverem da normalidade, mais alta a pontuação.

Foram considerados elegíveis os usuários que procuraram o serviço para atendimento clínico e foram submetidos ao ACCR na unidade de urgência e emergência entre julho de 2014 e junho de 2015. Foram excluídos pacientes da Ortopedia, Ginecologia e Pediatria, visto que a Pediatria e a Ginecologia apresentam especificidades e os pacientes da Ortopedia são encaminhados diretamente para atendimento médico e, habitualmente, não passam pelo acolhimento com classificação de risco.

Para o registro dos dados coletados, elaborou-se um formulário contendo informações referentes ao número de registro de atendimento no serviço, data do atendimento, identificação dos pacientes (iniciais do nome), idade, queixa principal, tempo de espera entre a recepção e ACCR, classificação atribuída ao usuário, pontuação do escore MEWS na entrada, tempo de espera entre a classificação e o atendimento médico, se ocorreu internação e unidade de destino, desfecho (alta ou óbito) e data do encerramento.

Para a seleção amostral foi utilizada a amostragem estratificada com alocação proporcional por estratos. Para o sorteio dos elementos, foi utilizada amostragem sistemática. Os cálculos e o sorteio foram realizados por meio do *software* R versão 3.1.2. Os dados coletados nos prontuários eletrônicos foram digitados em planilha do *Microsoft Excel* 2010 com técnica de dupla digitação, seguida de validação.

A análise dos dados foi realizada com auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0. Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas e análise de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão - DP) para as variáveis contínuas. Para testar a associação entre o destino (alta x internação) e a classificação (verde x amarelo/ vermelho) foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson. Para comparar os escores médios do escore de MEWS por destino e classificação foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Foi adotado o valor de $p < 0,05$ para avaliar o nível de significância estatística entre as análises.

Este trabalho foi elaborado de acordo com as diretrizes contidas na Resolução CNS 466/2012 para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa competente (CAAE 44093615.2.0000.5393).

RESULTADOS

Entre julho de 2014 e junho de 2015 foram realizados 167.610 atendimentos no serviço de emergência da instituição. Desses, 34,5% (n=57.949) buscaram por atendimento clínico. Do total desses pacientes, 57,8% (n=33.495) passaram pelo ACCR. Conforme os critérios de elegibilidade e seleção, a amostra deste estudo foi composta por 1.674 prontuários. A análise dos dados demonstrou que 65% (n=1.088) dos pacientes eram do sexo feminino, a idade dos pacientes variou de 18 a 99 anos, com média de idade de 42,0 anos (DP= 19,20, mediana 36,0). Em relação à faixa etária, 80% (n= 1.340) dos pacientes tinham 18 a 59 anos e 20% (n= 334) tinham idade superior a 60 anos.

Os pacientes apresentavam grande variedade de queixas, sendo assim, foram consideradas até três queixas relacionadas no momento da classificação, sendo as mais frequentes relacionadas ao sistema digestório (21,9%), seguida pelo sistema respiratório (16,2%), sistema nervoso (12,3%), sistema urinário (7,8%) e sistema musculoesquelético (6,4%).

O tempo de espera entre a recepção e o ACCR e entre a classificação de risco e o atendimento médico pode ser observado na Tabela 1. Observa-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os pacientes classificados com a cor verde e os classificados com as cores amarelo/vermelho, demonstrando que os pacientes classificados como urgentes/emergentes foram atendidos de maneira mais rápida do que os classificados como pouco urgentes.

Tabela 1 - Tempo de espera entre a recepção e a classificação de risco e tempo de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico, segundo a classificação risco por cor. Franca, São Paulo, Brasil, 2015

Variáveis	Amostra N=1674	Tempo (min)	DP	Valor de p
Tempo entre recepção e classificação de risco				
Verde	1.519	21,8	0,5	0,000
Vermelho/amarelo	147	15,0	1,0	
Tempo entre classificação de risco e atendimento médico				
Verde	1.519	31,3	0,7	0,000
Vermelho/amarelo	147	20,4	1,4	

DP: erro-padrão.

A maioria dos pacientes 91,2% (n=1.526) foi classificada como pouco urgente (verde), seguido pela classificação urgente (amarelos) 8,8% (n=147). E como emergente (vermelho) apenas 0,1% (n=1) dos pacientes. Para fins de análise, o único

paciente classificado com a cor vermelha foi agregado ao grupo de pacientes classificados como amarelo. Na Tabela 2 estão descritos os destinos dos pacientes após o atendimento do médico (alta ou internação), os setores de internação e o desfecho clínico após a internação (alta ou óbito).

Tabela 2 - Proporção conforme destino após atendimento médico, setor de internação e desfecho clínico (alta ou óbito). Franca, São Paulo, Brasil, 2015

Variáveis	Frequência	Percentual
Destino		
Alta após consulta médica	1652	98,7%
Encaminhados para internação	22	1,3%
Setor de internação		
Unidade de Clínica Médica	18	81,1%
Unidade de Clínica Cirúrgica	2	9,1%
Unidade de Terapia Intensiva	2	9,1%
Desfecho clínico		
Alta após internamento hospitalar	21	95,5%
Óbito	1	4,1%

A maioria dos pacientes (98,7% - n=1652) recebeu alta pós a consulta médica e foram classificados como não urgentes (verde). Entre os pacientes encaminhados para a internação, 59,1% (n=13) foram classificados como emergentes/urgentês (vermelho/amarelo) e 40,9% (n=9) como pouco urgentês (verde).

O tempo de permanência hospitalar dos pacientes sob internação hospitalar variou de um a 14 dias, com média de seis dias. Apenas um dos pacientes evoluiu para óbito, tendo recebido a classificação de cor amarela no ACCR. O tempo de espera entre a recepção e a classificação de risco foi de oito minutos e o tempo entre o ACCR e o atendimento médico foi de 61 minutos e pontuação 1 no escore de MEWS. Esse paciente tinha 58 anos, apresentava queixa relacionada ao trato urinário e permaneceu internado por três dias. Com a ocorrência de apenas um óbito, não foi possível avaliar a relação entre a classificação de risco recebida e óbito.

Tabela 3 - Associação entre o escore MEWS e a classificação de risco estratificada por cores e associação entre o escore MEWS e o destino do paciente após o atendimento médico. Franca, São Paulo, Brasil, 2015

Variáveis	Frequência	MEWS			Valor de p	
	N=1674	Média	DP	Mínimo		Máximo
Classificação de risco						
Verde	1526	0,3	0,7	0	5	0,000
Vermelho/amarelo	148	0,7	1,1	0	5	
Destino						
Alta após consulta médica	1652	0,3	0,7	0	5	0,000
Encaminhados para internação	22	1,4	1,4	0	5	

MEWS: Modified Early Warning Score; DP: desvio-padrão.

Todos os pacientes que passaram pelo ACCR foram avaliados quanto à gravidade, por meio da aplicação do escore MEWS, sendo o valor mínimo obtido zero e máximo de cinco. Ao associar o resultado do escore de MEWS à classificação de risco por cores, observa-se que houve diferença estatisticamente significativa entre o valor do escore MEWS dos pacientes que receberam a classificação verde e dos que receberam a classificação amarelo/vermelho, ou seja, clientes classificados com a cor amarela/vermelha obtiveram pontuação superior no escore de MEWS do que os pacientes que foram classificados como verde (Tabela 3), indicando que o ACCR é capaz de prever a gravidade do quadro clínico do paciente.

Entre os 22 pacientes internados, dois foram encaminhados para a unidade de terapia intensiva (UTI), sendo esses pacientes classificados como urgentês (amarelo) e pontuação no escore MEWS variando entre três e cinco. Na Tabela 3 estão descritos os resultados das associações realizadas entre o escore MEWS e a classificação de risco conforme a cor.

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou características da população na unidade de emergência da instituição referida e trouxe evidências de que o sistema de ACCR utilizado foi efetivo na predição do destino e do desfecho clínico dos pacientes.

Em relação às características sociodemográficas da amostra, nota-se predominância de pacientes do sexo feminino, com média de idade de 42 anos, cuja classificação mais frequente foi a de cor verde (pouco urgente). Estudo realizado na cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais mostrou resultado similar a este no que diz respeito à procura pelos serviços de urgência e emergência, no qual o sexo feminino foi mais frequente e a média de idade das pacientes foi de 39,3 anos.^{7,8} Supõe-se que a predominância do sexo feminino seja decorrente da cultura masculina em procurar pelo serviço de saúde apenas no caso de mais gravidade e também pelo modelo tradicional de masculinidade.⁹

Os pacientes classificados pelo ACCR com a cor vermelha/amarela (emergentes/urgentes) obtiveram pontuações mais altas no escore de MEWS, indicando que essas duas avaliações estão relacionadas. Além disso, houve associação entre a classificação obtida e a ocorrência de internação hospitalar, pois a maioria dos pacientes classificados com a cor vermelha/amarela (emergentes/urgentes) foi encaminhada para a internação hospitalar.

Estudo realizado na Inglaterra utilizou o escore MEWS em UTIs para prever a admissão e mortalidade de pacientes oncológicos e mostrou resultado positivo e estatisticamente significativo quanto à utilização desse escore.¹⁰ Outro estudo que utilizou o MEWS como avaliação secundária em pacientes classificados no serviço de urgência e emergência foi realizado em um hospital de Porto Alegre entre 2013 e 2014, tendo como amostra pacientes vítimas de trauma, classificados como laranja pelo protocolo de Manchester. Esses pacientes foram avaliados no momento da chegada e após seis horas do atendimento inicial, ressaltando evolução do quadro de gravidade dos pacientes reavaliados após seis horas. Nesse estudo, o MEWS constituiu uma ferramenta útil na reclassificação de pacientes nos serviços de urgência e emergência.¹¹

No presente estudo as queixas mais frequentes entre os pacientes triados no sistema de ACCR estavam relacionadas ao sistema digestório, sistema nervoso, sistema respiratório. Em contrapartida, outro estudo realizado em uma unidade de pronto-atendimento no interior paulista salientou que os principais motivos pela busca desse serviço são a dor aguda, os agravos respiratórios, seguido por trauma e mal-estar.¹² Ao comparar as evidências de ambos os estudos, observa-se que os problemas de saúde que levam a população a procurar o serviço de pronto-atendimento são de baixa gravidade.

Outro resultado do presente estudo que corrobora essas conclusões é que 91,2% dos atendimentos foram classificados com a cor verde (pouco urgente). Vale ressaltar que alguns fatores podem estar relacionados a esse resultado, tais como a baixa concentração de recursos humanos e tecnológicos encontrados nos serviços primários e secundários, a efetividade dos procedimentos médicos assistenciais disponíveis no nível terciário e a cultura de confiança no estabelecimento hospitalar.¹³ Ademais, outros autores consideram que a procura por unidades de urgência e emergência por pacientes com agravos pouco urgentes pode estar atrelada a questões culturais que dizem respeito aos aspectos de preferência, indicação familiar, qualidade do serviço e proximidade geográfica.¹⁴

Nesse contexto, reflète-se sobre o modo equivocado na utilização dos serviços de urgência e emergência pela população, ocasionando superlotação dessas unidades de saúde e muitas vezes retardando a assistência a casos de maior complexidade, pois com a alta demanda de pacientes a serem classificados, delonga-se a espera pelo atendimento nessas unidades.

Portanto, agravos à saúde classificados como “pouco urgentes” poderiam ser atendidos em serviços de menor complexidade.

Supõe-se que a divulgação de estudos sobre a importância e finalidade da priorização no atendimento em saúde, principalmente nos serviços de urgência e emergência, além da divulgação dos serviços oferecidos em cada unidade, levando em consideração o seu nível de assistência e complexidade, pode ser uma estratégia para melhorar esse cenário. Além disso, pode auxiliar no processo de desmistificação da cultura de medicalização. Ademais, o fato de a instituição onde foi realizado este estudo estar vinculada a várias operadoras de saúde suplementar pode refletir perfis de usuários diferentes da rede pública. Assim, estudos específicos voltados para essas questões poderiam suprir essas lacunas.

Neste estudo, a maioria dos pacientes classificados como pouco urgente não necessitou de internação hospitalar, assim como em outros estudos.^{13,15} Ainda, a classificação de risco obtida pelo paciente e a necessidade de internação estão associadas ($p < 0,000$), sendo assim, os atendimentos classificados como urgente/emergentes apresentaram mais necessidade de internação hospitalar quando comparados aos pacientes classificados como pouco urgentes.

Esses resultados mostram que a classificação de risco foi efetiva em definir a prioridade de atendimento dos pacientes no serviço. Um cenário distinto foi encontrado em estudo realizado em um hospital em Portugal, o qual utiliza o sistema de classificação de risco de Manchester. Nele se apurou que a frequência de pacientes triados com a cor amarela foi de 50,7%, sendo que 12,5% necessitaram de internação hospitalar. No mesmo estudo, entre os pacientes sob internação hospitalar, 31,8% foram classificados com a cor vermelha, 22,0% laranja, 6,9% amarelo, seguido por 1,8% verde e 1,4% classificado como azul.¹⁵

Considera-se que a ocorrência de óbito está diretamente relacionada à alta prioridade de atendimento, entretanto, neste estudo apenas um paciente evoluiu a óbito, não sendo possível avaliar a relação entre a classificação de risco e a mortalidade. Recente estudo realizado em um serviço de emergência de Minas Gerais notificou que 30% dos pacientes que tiveram como desfecho clínico o óbito foram classificados com a cor vermelha (emergentes).¹⁶ Além disso, a mesma pesquisa indicou que quanto maior a prioridade do atendimento, maior é a probabilidade de que o paciente seja internado; a permanência hospitalar foi em média de 7,3 dias¹⁶, tempo superior ao encontrado no presente estudo, que foi de seis dias.

Embora o presente estudo tenha demonstrado que a classificação de risco foi efetiva para indicar a prioridade de atendimento, prever o destino e o desfecho clínico, foram encontradas algumas limitações. O sistema de classificação de risco utilizado considera apenas três cores, o que dificulta a comparação com outros estudos, pois a maioria utiliza protocolos com cinco níveis de classificação. Outrossim, devido ao fluxo de atendimen-

to estabelecido na instituição para especialidades médicas como a Ginecologia e Obstetrícia e a Ortopedia, apenas os atendimentos a pacientes clínicos foram considerados na amostra. Podem também ter ocorrido perdas amostrais ou subestimativa da classificação emergente/urgente, visto que rotineiramente os pacientes mais graves são levados ao hospital pelo serviço pré-hospitalar móvel e/ou transferidos de outras instituições de saúde, sendo alocados imediatamente para a sala de consulta médica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que o protocolo de classificação de risco avaliado foi capaz de prever o destino e desfecho clínico (internação, alta, óbito), evidenciado pela associação entre as classificações de alta prioridade e o maior número internações entre esses pacientes quando comparados com os menos urgentes. A alta após o atendimento médico ocorreu para os pacientes classificados com a cor verde e menos urgência.

A utilização do MEWS na classificação de risco apresentou-se como um coadjuvante importante na relação entre a classificação de risco mais urgente e o escore mais elevado, podendo também ser utilizado como preditor de internação hospitalar. Obteve-se relação entre a classificação obtida no ACCR e a pontuação no escore MEWS, indicando a validade do sistema em uso na unidade. Estima-se que o escore de MEWS possa ser útil na determinação do tempo para reavaliação do paciente durante a espera pelo atendimento médico, no entanto, estudos futuros poderão ser realizados com vistas a conhecer a sua efetividade quando utilizado para essa finalidade.

Espera que este estudo possa contribuir para a ampliação do conhecimento sobre o uso do sistema de ACCR, além de propor melhorias auxiliando na provisão de recursos físicos e materiais e adequação de pessoal, proporcionando melhor gerenciamento da unidade com priorização dos pacientes e melhoria da qualidade assistencial oferecida.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético em fazer saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Parenti N, Reggiani ML, Iannone P, Percudani D, Dowd D. A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. *Int J Nurs Stud*. 2014[citado em 2017 dez. 26];51(7):1062-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24613653>
4. Souza CC, Mata LRF, Carvalho EC, Chianca TCM. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester. *Rev Esc Enferm USP*. 2013[citado em 2018 jan. 03];47(6):1318-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601318&lng=en.
5. Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *REME - Rev Min Enferm*. 2017[citado em 2018 jan. 03];12(4):581-6. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/304>
6. Smith GB, Prytherch DR, Schmidt PE, Featherstone PI. Review and performance evaluation of aggregate weighted 'track and trigger'. *Resuscitation*. 2008[citado em 2018 jan. 02];77(2):170-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18249483>
7. Tavares RCF, Vieira AS, Uchoa LV, Peixoto AA, Menezes FA. Validação de Escore de Alerta Precoce Pré-Admissão na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008[citado em 2018 jan. 03];20(2):124-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000200002&lng=en.
8. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011[citado em 2018 jan. 03];19(1):26-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100005>.
9. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WdS. A visão dos profissionais de saúde sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012[citado em 2018 jan. 03];17(10):2617-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000011
10. Cooksley T, Kitlowski E, Haji-Michael P. Effectiveness of modified early warning score in predicting outcomes in oncology patients. *QJM*. 2012[citado em 2018 jan. 03];105(11):1083-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22855285>
11. Rocha TF, Neves JG, Viegas K. Escore de alerta precoce modificado: avaliação de pacientes traumáticos. *Rev Bras Enferm*. 2016[citado em 2018 jan. 03];69(5):906-11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500906&lng=en.
12. Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. *Rev Bras Enferm*. 2014[citado em 2018 jan. 03];67(2):261-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000200261&script=sci_abstract&tlang=PT
13. Feijó VBER, Cordoni Junior L, Souza RKT, Dias AO. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. *Saúde Debate*. 2015[citado em 2018 jan. 03];39(106):627-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00627.pdf>
14. Souza TH, Andrade SR. Acolhimento com classificação de risco: um indicador de demanda emergencial de um serviço hospitalar. *Cogitare Enferm*. 2014[citado em 2018 jan. 03];19(1):701-8. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35941/23931>.
15. Martins HM, Cuna LM, Freitas P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emerg Med J*. 2009[citado em 2018 jan. 03];26(3):183-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19234008>
16. Gonçalves PC, Pinto Júnior D, Salgado OS, Chianca TCM. Relação entre estratificação de risco, mortalidade e tempo de permanência em um hospital de urgência. *Invest Educ Enferm*. 2015[citado em 2018 jan. 03];33(3):424-31. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000300005