

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**  
**Escola de Enfermagem**

Débora Rodrigues Lima

**CONCORDÂNCIA INTERAVALIADORES DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Belo Horizonte

2021

Débora Rodrigues Lima

**CONCORDÂNCIA INTERAVALIADORES DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Elysângela Dittz Duarte

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Mariana Bueno

Belo Horizonte

2021

L732c Lima, Débora Rodrigues.  
Concordância interavaliadores do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde [manuscrito]. / Débora Rodrigues Lima. - - Belo Horizonte: 2021.  
116f.: il.  
Orientador (a): Elysângela Dittz Duarte.  
Coorientador (a): Mariana Bueno.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Obstetrícia. 2. Avaliação em Enfermagem. 3. Grau de Risco. 4. Acolhimento. 5. Reprodução. 6. Estudos de Avaliação como Assunto. 5. Dissertação Acadêmica. I. Duarte, Elysângela Dittz. II. Bueno, Mariana. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WQ 200



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

**ATA DE NÚMERO 660 (SEISCENTOS E SESENTA) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA DÉBORA RODRIGUES LIMA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 22 (vinte e dois) dias do mês de março de dois mil vinte e um, às 14:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da dissertação "*CONCORDÂNCIA INTERAVALIADORES DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE*", da aluna *Débora Rodrigues Lima*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Elysângela Dittz Duarte (orientadora), Mariana Bueno (coorientadora), Fernanda Jorge Magalhães e Mariana Santos Felisbino Mendes, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

*APROVADA*;

*REPROVADA*.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 22 de março de 2021.

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elysângela Dittz Duarte

Orientadora (EEUFMG)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Mariana Bueno

(coorientadora)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fernanda Jorge Magalhães

(Universidade de Pernambuco)

---

HOMOLOGADO em reunião do CPQ  
 em 19/03/2021

Profª. Drª Mariana Santos Felisbino Mendes  
(EEUFMG)

\_\_\_\_\_

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

\_\_\_\_\_

### MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **DÉBORA RODRIGUES LIMA**.

As modificações foram as seguintes:

- . Melhor detalhamento de aspectos metodológicos e resultados no resumo
- . Alinhamento de conceitos de estudos metodológicos ao longo do trabalho
- . Explicitação do viés da pesquisa na discussão.

#### NOMES

#### ASSINATURAS

Profª. Drª. Elysângela Dittz Duarte

\_\_\_\_\_

Profª. Drª. Mariana Bueno

\_\_\_\_\_

Profª. Drª. Fernanda Jorge Magalhães

\_\_\_\_\_

Profª. Drª Mariana Santos Felisbino Mendes

\_\_\_\_\_



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Santos Felisbino Mendes, Professora do Magistério Superior**, em 22/03/2021, às 20:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Elysangela Dittz Duarte, Chefe de departamento**, em 23/03/2021, às 08:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Bueno, Usuário Externo**, em 23/03/2021, às 10:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

HOMOLOGADO em razão do CPG  
Essa 23.03.2021



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA JORGE MAGALHÃES**, Usuário **Externo**, em 20/04/2021, às 18:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino**, Assistente em **Administração**, em 20/04/2021, às 19:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0636386** e o código CRC **0DC9645E**.

20 03 2021

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me fortalecer e renovar minhas forças diariamente e permitir que mais essa etapa fosse concluída em minha vida.

A minha família linda que sem eles eu não conseguiria chegar até aqui, ao meu esposo Alexandre pelo companheirismo e paciência diária, agradeço ao meu grande companheiro, meu bem mais precioso que é o Gabriel, obrigada filho por sua existência e por partilhar essa vitória. A minha Mãe e irmã por serem minha base, minha rede de apoio, por estarem ao meu lado em todos os momentos, ao meu cunhado Bruno por toda paciência e por me fazer compreender os inúmeros dados da pesquisa, a minha cachorrinha Pérola que sempre me fez companhia nos longos períodos de escrita e leitura.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra Elysângela Dittz, que, com grande competência, paciência e dedicação, esteve comigo e nunca desistiu de me conduzir na realização deste trabalho. Obrigada por acreditar que eu conseguiria, por me fazer pensar que seria possível, por me fazer levantar nos momentos em que eu estava desanimada. À minha coorientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Mariana Bueno, por aceitar esse desafio, contribuir com maestria por intermédio de todo seu conhecimento, por disponibilizar seu precioso tempo e por toda compreensão e paciência nos momentos que mais necessitei.

Às minhas companheiras de sala e de café que fizeram os meus dias serem mais alegres: Barbara, Kelly, Taisa e Walkiria. Às companheiras da sala 416, em especial: Cynthia, Melissa e Nayara, obrigada por todo apoio.

A Dra Amanda Arantes, por estar ao meu lado na finalização dessa pesquisa.

A todos participantes desse estudo que de forma direta ou indireta contribuíram para a concretização desse sonho, em especial aos colegas do Hospital Sofia Feldman, que apoiaram, participaram e estiveram ao meu lado durante todo o processo de construção. Agradeço também aos colegas do Hospital Metropolitano Odilon Behrens pelo apoio e torcida constante.

Agradeço a todos por acreditarem que eu finalizaria esse sonho e ele se tornaria realidade.

*“O ser humano não pode ser compreendido fora de seu contexto. Ele é o sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da reflexão sobre seu lugar no mundo, sua realidade e suas vivências.” Paulo Freire (1989)*



## RESUMO

**Introdução:** A classificação de risco é definida como uma ferramenta utilizada nos serviços de urgência e emergência que auxilia na identificação de pacientes que necessitam atendimento prioritário. Em obstetrícia o surgimento de um protocolo específico por intermédio do Ministério da Saúde que conta com 12 fluxogramas tem sido uma medida adotada para organização e humanização dos serviços que atendem obstetrícia, no intuito de minimizar danos relacionados à saúde dessas usuárias que aguardam atendimento . O **objetivo do estudo foi:** determinar o grau de concordância interavaliador na aplicação do protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia do Ministério da Saúde em uma unidade de pronto atendimento obstétrico.

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com abordagem metodológica, que analisou a reprodutibilidade do protocolo em obstetrícia do Ministério da saúde. Para a **coleta dos dados:** foram avaliados prontuários com o registro de atendimentos ocorridos entre novembro 2019 e maio de 2020. Foram entrevistados enfermeiros que possuem treinamento em classificação de risco e também enfermeiros que não possuem treinamento em classificação de risco. Para análise estatística dos dados foram calculados através do coeficiente de Kappa, sensibilidade e especificidade.

**Resultados:** Os resultados do estudo demonstraram que o grau de confiabilidade interavaliadores foi considerado de moderado a forte representado pelo coeficiente Kappa que variou entre (0,47 e 0,77), foi observado também uma tendência na subestimação do grupo prioritário vermelho e amarelo, e uma tendência de superestimação nas prioridades clínicas amarelo e verde. Apesar de ter acontecido casos de subestimação e superestimação não ocorreram diferenças significativas nos grupos de enfermeiros treinados *versus* não treinados para utilização do protocolo de A&CR-O. Assim, os resultados desta dissertação corroboram com a hipótese que o protocolo de A&CR – O é confiável para o que se propõe. **Conclusão:** Esse estudo possibilitou verificar que o protocolo é confiável para sua utilização no campo da obstetrícia, uma vez que demonstrou concordância moderada a forte entre os grupos de avaliadores, além disso contribuiu para a análise da reprodutibilidade do protocolo

de classificação de risco em obstetrícia que vem sendo implantado desde se sua publicação podendo ser utilizado com maior segurança por Enfermeiros.

**Palavras-chave:** Protocolos. Protocolos clínicos. Confiabilidade. Obstetrícia. Classificação de risco. Serviços de emergência obstétrica. Reprodutibilidade. Enfermagem. Enfermagem Obstétrica. Estudos de avaliação.

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Risk classification is defined as a tool used in urgent and emergency services that helps to identify patients who need priority care. In obstetrics, the emergence of a specific protocol through the Ministry of Health, which has 12 flowcharts, has been a measure adopted to organize and humanize the services that attend obstetrics, in order to minimize the health-related damage of these users who are awaiting care. **The objective of the study was:** to determine the degree of inter-rater agreement in the application of the welcoming protocol and risk classification in obstetrics of the Ministry of Health in an obstetric emergency care unit. **Methods:** This is a cross-sectional study, with a methodological approach, which analyzed the reproducibility of the protocol in obstetrics of the Ministry of Health. **For data collection:** medical records were evaluated with the record of visits that took place between November 2019 and May 2020. Nurses who have training in risk classification and nurses who do not have training in risk classification were interviewed. **For statistical analysis** of the data, they were calculated using the Kappa coefficient, sensitivity and specificity. **Results:** The results of the study showed that the degree of inter-rater reliability was considered moderate to strong, represented by the Kappa coefficient that varied between (0.47 and 0.77), a tendency was also observed in the underestimation of the red and yellow priority group, and a tendency to overestimate the yellow and green clinical priorities. Despite cases of underestimation and overestimation, there were no significant differences in the groups of trained versus untrained nurses to use the A & CR-O protocol. Thus, the results of this dissertation corroborate the hypothesis that the A&CR - O protocol is reliable for what it is proposed. **Conclusion:** This study made it possible to verify that the protocol is reliable for its use in the field of obstetrics, since it

demonstrated moderate to strong agreement between the groups of evaluators, in addition it contributed to the analysis of the reproducibility of the risk classification protocol in obstetrics that it has been implemented since its publication and can be used more safely by nurses.

**Keywords:** Protocols. Clinical protocols. Reliability. Obstetrics. Risk rating. Emergency obstetric services. Reproducibility. Nursing. Obstetric Nursing. Evaluation studies.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descritores em português, espanhol e inglês.....	22
Quadro 2 - Descrição dos artigos selecionados.....	23

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma dor lombar, abdominal, contrações uterinas .....	25
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tamanho da amostra de prontuários conforme a cor da classificação de risco, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 .....	36
Tabela 2 - Coeficientes de Kappa, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 .....	39
Tabela 3 - Comparação do grupo treinado versus não treinado: análise da idade e tempo de atuação profissional, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 .....	41
Tabela 4 – Tabela sobre suspeita ou confirmação da gravidez, analisada através de dados do prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020.....	43
Tabela 5 – Tabela sobre tipo de queixa apresentada pelas usuárias no momento da classificação de risco, analisada através de dados do prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 .....	44
Tabela 6 - Nível de dor apresentado pelas usuárias conforme escala visual analógica da dor EVA, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 .....	45
Tabela 7 - Número de prontuários avaliados de acordo com a prioridade clínica por cores, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020.....	46
Tabela 8 - Fluxogramas definidos de acordo com os dados dos prontuários das pacientes, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 .....	46
Tabela 9 - Análise da concordância absoluta entre enfermeiros treinados <i>versus</i> não treinados em relação à definição de fluxograma, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 .....	48
Tabela 10 - Análise da concordância absoluta entre enfermeiros treinados <i>versus</i> não treinados em relação à classificação da paciente, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 .....	50
Tabela 11 - Análise da sensibilidade e especificidade para a cor entre a classificação realizada por enfermeiros treinados <i>versus</i> não treinados utilizando o protocolo de ACR-O, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 .....	53
Tabela 12 - Análise da concordância absoluta entre enfermeiros NÃO treinados <i>versus</i> a classificação da paciente definida no prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 .....	55
Tabela 13 - Análise da concordância entre enfermeiros NÃO treinados <i>versus</i> a classificação da paciente definida no prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 .....	58

Tabela 14 - Análise da concordância absoluta entre enfermeiros treinados versus a classificação da paciente definida no prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 ..... 60

Tabela 15 - Análise da concordância entre enfermeiros treinados *versus* a classificação da paciente definida no prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 ..... 63

Tabela 16 - Resumo dos graus de concordância, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 ..... 65

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Histograma com a faixa das pacientes analisada através de dados do prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 .....	42
Gráfico 2 - Histograma com a distribuição da idade gestacional analisada através de dados do prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020 .....	43



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A&CR – O	Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia
A&CR	Acolhimento e Classificação de Risco
APS	Atenção Primária à Saúde
ATS	Australasian Triage Scale
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COEP da UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTAS	Canadian Triage Acuity Scale
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESI	Emergency Severity Index
EVA	Escala Visual Analógica
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GBCR	Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
HSF	Hospital Sofia Feldman
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IG	Idade gestacional
INI	International Nursing Index
LHSC	London Health Sciences Centre
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAT	Model Andorrà del Triage
MEDLINE	National Library of Medicine
MEOWS	Modified Early Obstetric Warning Score
MS	Ministério da Saúde
MTS	Manchester Triage System
MTS	Protocolo de Manchester
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

OTAS	Obstetrical Triage Acuity Scale
PICO	Paciente, Intervenção, Comparação e Outcomes
PNH	Política Nacional de Humanização
RC	Rede Cegonha
RUE	Rede de urgência e emergência
SETS	Swiss Emergency Triage Scale
SOGIMIG	Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 O acolhimento e classificação de risco em obstetrícia: o estado da arte.....</b>	<b>21</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>31</b>
<b>3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>31</b>
<b>3.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>31</b>
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>32</b>
<b>4.1 Tipo de estudo .....</b>	<b>32</b>
<b>4.2 Local do estudo .....</b>	<b>33</b>
<b>4.3 População e amostra .....</b>	<b>33</b>
<b>4.3.1 Tamanho da amostra de enfermeiros.....</b>	<b>33</b>
<b>4.3.2 Tamanho da amostra dos prontuários do pronto atendimento.....</b>	<b>34</b>
<b>4.4 Critérios de inclusão.....</b>	<b>36</b>
<b>4.5 Critérios de exclusão .....</b>	<b>36</b>
<b>4.6 Coleta de dados.....</b>	<b>36</b>
<b>4.7 Análise estatística .....</b>	<b>39</b>
<b>4.8 Aspectos éticos.....</b>	<b>40</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
<b>5.1 Caracterização dos Enfermeiros.....</b>	<b>41</b>
<b>5.2 Características dos atendimentos realizados na classificação de risco.....</b>	<b>41</b>
<b>5.3 Características da classificação de risco abordando a identificação por cores e fluxograma .....</b>	<b>45</b>
<b>5.4 Identificação das concordâncias e discordâncias entre os resultados da classificação de risco entre os enfermeiros treinados e enfermeiros não treinados .....</b>	<b>47</b>
<b>6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>66</b>
<b>6.1 Caracterização dos Enfermeiros.....</b>	<b>66</b>
<b>6.2 Características dos atendimentos realizados na classificação de risco.....</b>	<b>68</b>
<b>6.3 Características da classificação de risco abordando a identificação por cores e fluxograma .....</b>	<b>72</b>
<b>6.4 Identificação das concordâncias e discordâncias entre os resultados da classificação de risco entre os enfermeiros treinados e enfermeiros não treinados .....</b>	<b>74</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de consentimento de utilização de dados ( TCUD) .....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE C – Caso para análise interavaliadores.....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE D – Caso para reclassificação interavaliadores.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO A - Fluxogramas do protocolo.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO B – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG .....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HSF .....</b>	<b>114</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A classificação de risco é definida como uma ferramenta utilizada nos serviços de urgência e emergência que auxilia na identificação de pacientes que necessitam de atendimento prioritário, tendo como critério: a gravidade clínica, o risco potencial de morbimortalidade, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Essa ferramenta exclui o atendimento por ordem de chegada e a triagem anteriormente executada por profissionais não capacitados (BRASIL, 2004a; GRANJA *et al.*, 2013; VITURI *et al.*, 2013).

Historicamente a classificação de risco, tem - se a triagem (que vem do termo em francês *triage*), surgiu por intermédio dos confrontos de guerras; como exemplo tem se as guerras napoleônicas (1799- 1815) em que o Exército Francês, utilizava a triagem para selecionar feridos que necessitavam de atendimento precoce (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010). Florence Nightingale, percussora da Enfermagem é outro exemplo relacionado à triagem de doentes quando prestava cuidados de Enfermagem durante a Guerra da Criméia no ano de 1854. ( MARTINS; BENITO, 2016).

O primeiro registro do uso de classificação de pacientes ocorreu no início da década de 1960 em Baltimore, nos Estados Unidos (GILBOY; TRAVERS; WUERZ, 1999). De acordo com Fitzgerald *et al.*, 2010 o processo de classificação de risco ocorria através da intuição da prática de enfermagem na emergência por meio da reorganização das filas de espera onde Enfermeiras buscavam garantir que aqueles que não podiam esperar fossem atendidos primeiro. Nesse período a avaliação dos pacientes também ocorria em vários momentos por profissionais administrativos como recepcionistas ou porteiros e ainda inexistiam protocolos com enfoque voltado para classificação de risco (FITZGERALD *et al.*, 2010).

No Brasil, essa discussão teve início com a construção da Portaria n. 2.048/2002 que regulamenta os serviços de urgência e emergência e traz a proposta de implantação do acolhimento e classificação de risco. A portaria sugere que sejam utilizados protocolos pré-estabelecidos com objetivo de avaliar o grau de prioridade para o atendimento das queixas dos pacientes já que o país tem grande demanda em casos relacionados à violência e acidentes, além dos agravos relacionados as doenças

crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2002).

Além da portaria supracitada em 2003, o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Humanização (PNH), que define o acolhimento e classificação de risco, como diretriz e meio de mudança para as portas de entrada dos serviços de urgência, através de escuta qualificada, capacidade do serviço em responder às demandas do usuário e à responsabilização quanto ao direcionamento seguro a outro serviço quando necessário (FERREIRA *et al.*, 2016).

Apesar da portaria nº 2.048 e da PNH no Brasil os avanços na classificação de risco tiveram seu grande marco em 2009 quando através da cartilha do Ministério da Saúde foi recomendado a implantação do acolhimento com avaliação da vulnerabilidade, gravidade e risco em todas as regiões. O protocolo de escolha da época e que ainda hoje tem sido o mais utilizado é o Manchester (Manchester Triage System - MTS) que trabalha com algoritmos e discriminadores chaves, associados a tempos de espera classificados por cores, (BRASIL,2009) (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Em obstetrícia a proposta do acolhimento e classificação de risco surgiu no município de Belo Horizonte no ano de 2010 com a criação de um protocolo específico para atendimento às demandas relativas ao processo gravídico e puerperal de mulheres atendidas na capital mineira, foi criado por intermédio da Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Belo Horizonte em parceria com representantes da Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (SOGIMIG) e de maternidades públicas de Belo Horizonte.

No âmbito nacional, as mudanças na classificação de risco em obstetrícia tiveram maior enfoque em 2011 quando foi criada a estratégia da Rede Cegonha (RC), que posteriormente foi consubstanciada na portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Dentre os objetivos desta portaria está a obrigatoriedade de realização do acolhimento e classificação de risco em todos os atendimentos realizados nos serviços de atenção obstétrica. (BRASIL, 2011).

O acolhimento e classificação de risco em obstetrícia (A&CR-O) possui importantes objetivos, dentre eles estão o de avaliar a usuária em sua chegada ao serviço, evitando a peregrinação da mesma para outros locais de atendimento,

descongestionar as emergências, reduzir o tempo para o atendimento do médico obstetra e/ou da equipe de enfermagem obstétrica e possibilitar que a mulher seja atendida precocemente, de acordo com sua gravidade, para que sejam reduzidos os números de mortalidade e morbidade materna e neonatal (BRILHANTE *et al.*, 2016).

Em 2013 após 2 anos da criação da rede cegonha a equipe do MS considerou que havia necessidade de investimentos para a criação de um protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (A&CR – O) que ocasionasse melhorias nos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal e que promovessem uma linguagem padronizada e sistemática de atendimento em obstetrícia que pudesse guiar a prática de profissionais da saúde nas maternidades e serviços de obstetrícia no Brasil.

Para a elaboração do protocolo de A&CR-O foi criado um grupo multidisciplinar da área de obstetrícia de várias regiões do Brasil em março de 2013, composto por especialistas (médicos e enfermeiros) que atuavam nas urgências e emergência obstétricas no Brasil. Os trabalhos foram concluídos em março de 2014 e a autora desta dissertação foi uma das integrantes deste grupo, atuando em todas as etapas de elaboração como uma das especialistas.

O protocolo conta com 12 fluxogramas, baseados em evidências clínicas e científicas que objetivam avaliar a gravidade ou potencial agravamento, bem como a necessidade de uma intervenção imediata (BRASIL, 2018). Para essa construção dois protocolos serviram de base: o protocolo da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) criado em 2010 e o protocolo de Manchester. Além dos protocolos, evidências científicas nacionais e internacionais voltadas para o atendimento das urgências e emergências obstétricas fizeram parte do escopo dessa construção.

Cada fluxograma é estruturado indicando o início da avaliação, a partir da queixa principal da usuária correlacionando com à análise dos dados vitais. Na sequência são apresentados os discriminadores, definidos como sinais e sintomas que determinam as prioridades clínicas. Estes discriminadores são divididos em gerais e específicos. Os gerais aplicam-se a qualquer usuária e apresentam características como: dor, hemorragia, estado de consciência, entre outros. Os discriminadores específicos são aplicados de maneira individualizada e tendem a se relacionar com condições

particulares que contribuirão para a definição das prioridades clínicas (BRASIL, 2018; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Os fluxogramas que compõem o Protocolo de A&CR-O estão relacionados no anexo A e são divididos da seguinte forma:

1. Desmaio e mal estar
2. Dor abdominal/lombar/contrações uterinas
3. Dor de cabeça/tonturas/vertigens
4. Falta de ar/sintomas respiratórios
5. Febre/sinais de infecção
6. Náuseas e vômitos
7. Perda de líquido via vaginal e/ou secreções
8. Perda de sangue via vaginal
9. Queixas urinárias
10. Parada/redução da movimentação fetal
11. Relato de convulsão
12. Outras queixas/situações.

Portanto, tem-se a implementação de um protocolo de A&CR-O recomendado pelo Ministério da Saúde, a partir do entendimento de que possui validade para a prática clínica, entretanto, não foi verificada a sua eficácia e segurança quando utilizado independentemente de um processo de capacitação.

Partindo dessa análise, depois de 6 anos da publicação e implantação do A&CR-O, faz-se necessário analisar se o protocolo tem sido um instrumento confiável para prática clínica no campo da obstetrícia e se os Enfermeiros que atuam nesse cenário conseguem definir a prioridade clínica de acordo com a gravidade com que a gestante ou puérpera se apresenta no serviço de saúde.

Estudos voltados para o A&CR -O ainda são incipientes já que na literatura atual não possui dados da reprodutibilidade desse protocolo e o mesmo vem sendo utilizado em todas as regiões do Brasil, assim como é feito com demais escalas e protocolos de classificação de risco a obstetrícia necessita ter como base instrumentos válidos, confiáveis e de preferência específicos para melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal.



A partir deste contexto definiu-se como pergunta de investigação: Qual o grau de concordância entre enfermeiros treinados e enfermeiros não treinados para determinar a prioridade clínica no atendimento em obstetrícia utilizando o protocolo de A&CR-O do Ministério da Saúde?

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 O acolhimento e classificação de risco em obstetrícia: o estado da arte**

O trabalho de campo foi precedido de uma revisão narrativa da literatura que possibilitou a verificação do conhecimento existente sobre o tema de estudo, os métodos utilizados para as produções e a justificativa da importância do estudo. Após a coleta de dados, as informações produzidas foram também utilizadas para a análise e discussão dos resultados.

Para esta revisão, definiu-se como pergunta orientadora: Como é realizado o acolhimento e a classificação de risco em obstetrícia?

O levantamento bibliográfico foi realizado através de agrupamento nas seguintes bases de dados das Ciências da Saúde: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE), International Nursing Index (INI), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Portal Capes. Como critérios de inclusão dos estudos definiu-se: período de publicação entre 2009 a 2019; materiais disponíveis eletronicamente, na íntegra, nos idiomas inglês, espanhol e português; artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais e protocolos de triagem obstétrica. Como critérios de exclusão foram definidos: protocolos clínicos relacionados à ginecologia e/ou obstetrícia voltados para assistência, tais como síndromes hipertensivas, hemorragia, câncer, sepse, abortamento, entre outros; teses, dissertações e anais de conferências nacionais e internacionais.

Para a busca nas bases de dados foram selecionados três grupos de descritores com o intuito de conseguir o maior número de artigos possíveis devido a escassez de estudos voltados para área de protocolos de classificação de risco em obstetrícia. Os grupos dos descritores foram divididos conforme descrição do Quadro 1:

**Quadro 1 - Descritores em português, espanhol e inglês**

<b>Grupo 1</b>	<b>Português</b>	<b>Espanhol</b>	<b>Inglês</b>
Descritores	Indicadores Básicos de Saúde	Indicadores de Salud	Health Status Indicators
	Protocolos	Protocolos	Protocols
	Protocolos Clínicos	Protocolos Clínicos	Clinical Protocols
	Avaliação em Enfermagem	Evaluación en Enfermería	Nursing Assessment
	Protocolos de Enfermagem		
<b>Grupo 2</b>	<b>Português</b>	<b>Espanhol</b>	<b>Inglês</b>
Descritores	Reprodutibilidade dos Testes	Reproducibilidad de los Resultados	Reproducibility of Results
Palavra-chave	Confiabilidade		
Descritores	Revisão dos Cuidados de Saúde por Pares	Revisión por Expertos de la Atención de Salud	Peer Review, Health Care
	Benchmarking	Benchmarking	Benchmarking
	Estudos de Avaliação	Estudios de Evaluación	Evaluation Studies
<b>Grupo 3</b>	<b>Português</b>	<b>Espanhol</b>	<b>Inglês</b>
Descritores	Obstetrícia	Obstetricia	Obstetrics
	Enfermagem Obstétrica	Enfermería Obstétrica	Obstetric Nursing
	Enfermagem	Enfermería	Nursing

Fonte: Elaborada pela autora.

A partir da definição dos critérios supracitados, foram encontrados um total de 1.501 artigos divididos nas bases: 820 CINAHL, 607 na Pubmed, 59 no LILACS e 15 no BDEF. Após a exclusão de 135 artigos duplicados, permaneceram na análise 1.366 artigos.

Os artigos identificados foram importados para a plataforma Rayyan por meio do qual foi realizada a seleção dos artigos, aplicando-se os critérios previamente estabelecidos na leitura dos resumos. Esta etapa foi realizada por cegamento, tendo sido efetivada pela pesquisadora e outras duas colaboradoras. Finalizada esta etapa foram mantidos 14 artigos, os quais foram lidos na íntegra. Destes permaneceram 4 artigos.

Considerando-se o elevado número de referências únicas analisadas para a presente revisão integrativa (1.366), um número reduzido de publicações atendeu aos

critérios de inclusão estabelecidos (quatro artigos, 0,3%). Este dado pode ser explicado pela busca de publicações relacionadas à classificação de risco, mas que fossem direcionadas à obstetrícia.

Para os artigos selecionados, foi realizada uma categorização por meio de agrupamento das informações e síntese, contemplando os seguintes itens: título do artigo, contexto, população alvo e protocolo utilizado, como apresentado no Quadro 2:

**Quadro 2 - Descrição dos artigos selecionados**

<b>CODIFICAÇÃO E TÍTULO DO ARTIGO</b>	<b>CONTEXTO</b>	<b>POPULAÇÃO ALVO</b>	<b>PROTOCOLO AVALIADO NO ESTUDO</b>	<b>Ano de publicação</b>
<b>A1=</b> Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia	Protocolo de acolhimento e classificação de risco em sua primeira versão.	Gestantes, puérperas e mulheres com necessidade de atendimento ginecológico.	Acolhimento e classificação de risco em obstetrícia do Ministério da Saúde.	2014
<b>A2 =</b> <i>Validation of an emergency triage scale for obstetrics and gynaecology: a prospective study</i>	Avaliar a confiabilidade inter e intra-avaliador da classificação de risco.	Pacientes com queixas obstétricas e ginecológicas.	SETS ( <i>Swiss Emergency Triage Scale</i> ) está disponível em francês, alemão e italiano e atualmente usado em departamentos de emergência para adultos na Bélgica, França e Suíça.	2017
<b>A3=</b> <i>Implementing na obstetric triage acuity scale: interrater reliability and patient flow analysis</i>	Implementar uma escala de acuidade de triagem obstétrica e avaliar a confiabilidade.	Pacientes com demandas obstétricas.	OTAS escala acuidade de triagem obstétrica.	2013
<b>A4=</b> <i>Acuity assessment in obstetrical triage</i>	Avaliação da acuidade na triagem obstétrica.	Pacientes com demandas obstétricas.	OTAS escala acuidade de triagem obstétrica.	2016

Fonte: Elaborado pela autora.

Os quatro artigos trazem discussões referente a um protocolo nacional e três internacionais que abordam o método de classificação de risco em obstetrícia.

Quanto aos artigos selecionados o **A1** é a primeira versão do protocolo dessa pesquisa. Elaborado por especialistas da área de saúde da mulher de várias regiões do

Brasil, com foco no atendimento da gestante e puérpera em tempo oportuno para minimizar riscos à saúde da mulher e do recém-nascido. Criado por uma iniciativa do Ministério da Saúde para apoiar as Redes de Atenção à Saúde visando à ampliação do acesso e qualificação do cuidado, com foco nas maternidades e serviços de obstetrícia do Brasil (BRASIL, 2014).

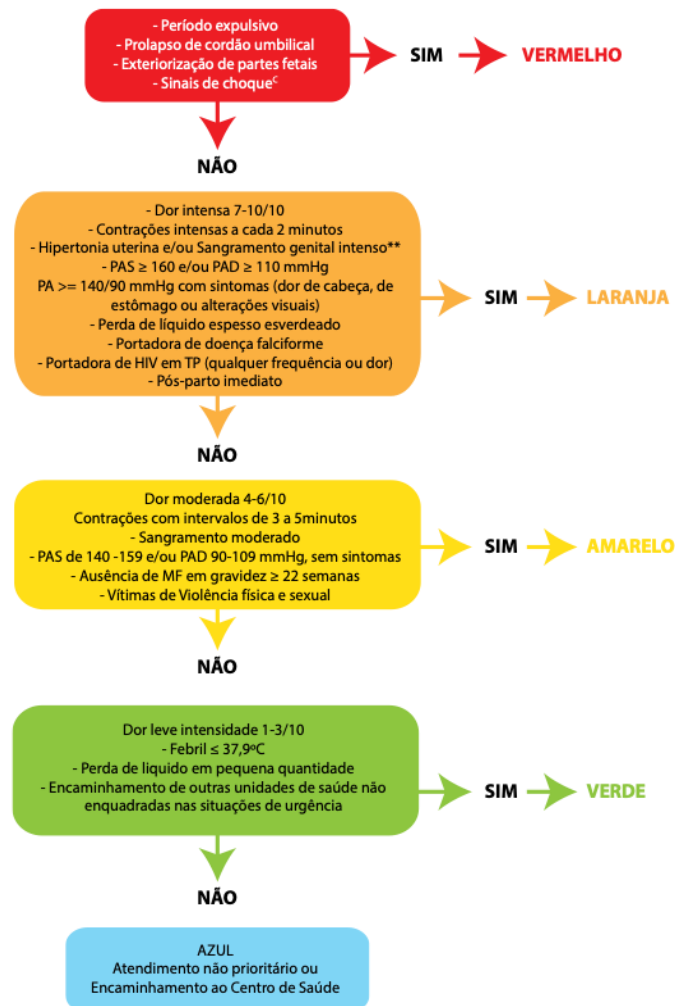
Foi elaborado com intuito de ser uma ferramenta de apoio à decisão clínica e a pronta identificação da paciente que requer atendimento emergencial, sua construção teve como base evidências científicas existentes e consenso de especialistas. O objetivo do protocolo foi promover acolhimento, acesso das mulheres e evitar a peregrinação nos serviços de atenção obstétrica, já que essa peregrinação pode resultar em desfechos desfavoráveis (BRASIL, 2014).

Este protocolo possui 12 fluxogramas com discriminadores gerais e específicos, voltados para atendimento da obstetrícia, bem como cinco níveis de prioridade que são:

- Pacientes classificadas como vermelhas (atendimento imediato),
- Laranja (atendimento em até 15 minutos)
- Amarelo (atendimento em até 30 minutos)
- Verde (atendimento em até 120 minutos)
- Azul (atendimento não prioritário ou encaminhamento conforme pactuação).

Para maior compreensão esses dados estão representados na figura 1 abaixo.

**Figura 1 - Fluxograma dor lombar, abdominal, contrações uterinas**



Fonte: (BRASIL, 2014).

Atualmente, acolhimento e classificação de risco são definidos como uma diretriz transversal a todos os pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência (RUE), sendo essencial que o paciente seja acolhido por equipe capacitada para definir o nível de gravidade e garantir encaminhamento ao atendimento específico (CECÍLIO *et al.*, 2014).

O **A2** aborda e avalia a confiabilidade e a concordância inter e intravaliador da escala *Swiss Emergency Triage Scale* (SETS) de quatro níveis que são (VEIT-RUBIN *et al.*, 2017):

- a) Nível 1 (risco de vida imediato): atendimento deve ser imediato com a paciente internada em uma sala de reanimação, sala de parto ou em uma sala de cirurgia.
- b) Nível 2 (risco potencial de vida): atendimento deve iniciar no máximo em 20 minutos. A condição da paciente pode progredir para agravamento e requer uma avaliação rápida em uma sala de intervenção adequada.
- c) Nível 3 (situação estável): avaliação e atendimento dentro de 120 minutos; o tempo não é considerado como fator crítico. A enfermeira ou parteira poderá reavaliar regularmente a condição clínica da paciente na sala de espera.
- d) Nível 4 (situação não urgente): paciente geralmente encaminhada para ambulatórios.

A SETS tem sido usada por muitos serviços de triagem na Suíça, França e Bélgica desde 1997, com foco no atendimento de emergências obstétricas e ginecológicas, a primeira versão do protocolo demonstrava confiabilidade apenas moderada com 31% na concordância e altas taxas de subtriagem, dados esses que indicaram necessidade de uma revisão.

Atualmente apresenta índices satisfatórios de confiabilidade para utilização em triagens e baixas taxas de subtriagem e supertriagem que podem ser confirmados através do estudo conduzido por Rutschmann *et al.*, 2018 no qual mediram a confiabilidade interavaliadores e fizeram um teste-reteste do SETS. Trinta cenários clínicos foram avaliados por duas vezes em um intervalo de 3 meses usando um simulador de triagem computadorizado, totalizando 3387 casos aplicados em 58 enfermeiras de triagem. A confiabilidade interavaliadores e teste-reteste foram determinadas através da estatística K, demonstrando como resultado que a confiabilidade interavaliadores mostrou concordância substancial [ $\kappa$  média: 0,68; Intervalo de confiança (IC) de 95%: 0,60–0,78] e concordância teste – reteste quase perfeita ( $\kappa$  média: 0,86; IC de 95%: 0,84–0,88). A taxa de triagem correta foi de 84,1%, e as taxas de subtriagem e *overtriage* foram 7,2 e 8,7%, respectivamente. Este estudo concluiu que o SETS revisado possui alta confiabilidade e baixas taxas de subtriagem e supertriagem

Este estudo **A2** avaliou a confiabilidade por intermédio de uma abordagem metodológica prospectiva. Foi realizado na maternidade da Universidade de Genebra,

Suíça, considerada centro de referência terciário para ginecologia e obstetrícia com 1.200 leitos. É a maior unidade da Suíça para esse perfil de atendimento, tem em média 4.000 partos por ano, bem como 1.300 consultas de emergência por mês, sendo 700 para ginecologia e 600 para obstetrícia. Todas as pacientes que buscam atendimento no pronto-socorro dessa maternidade são avaliadas primeiro por enfermeiras de emergência ou parteiras (VEIT-RUBIN *et al.*, 2017).

No **A2** foram avaliados 1.191 casos, sendo 652 na fase 1 (teste) e 539 na fase 2 (reteste), em um intervalo de 6 meses. Os testes foram feitos por intermédio de um simulador de triagem computadorizado e interativo por oito enfermeiras e dez parteiras. Como resultado, a confiabilidade entre avaliadores foi de 0,748 (intervalo de confiança (IC) de 95% 0,633-0,858) na fase de teste e a confiabilidade intra-avaliador foi de 0,812 (IC de 95% 0,726-0,889) na fase de reteste. Assim os autores também concluíram que a SETS pode ser considerada como válida e confiável para ser utilizada como ferramenta de triagem obstétrica e ginecológica (VEIT-RUBIN *et al.*, 2017).

No artigo **A3**, os autores avaliaram a concordância interavaliadores, da *Obstetrical Triage Acuity Scale* (OTAS). A OTAS foi criada com base na *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS). A CTAS foi fundamentada por meio de um grupo de eventos sentinelas, definidos pelos diagnósticos da *International Classification of Diseases, 9th revision - ICD-9 CM* (posteriormente atualizada pela ICD 10 CM), e por meio das condições mais frequentes apresentadas pelos pacientes que procuravam o serviço de urgência. Foi implantada no Canadá em 1999 e é utilizada amplamente em todo o país até os dias atuais. A escala consiste em cinco níveis de prioridade, que correspondem a uma cor e tempo-alvo, assim descritos (BEVERIDGE *et al.*, 1998):

- a) Nível 1: reanimação - azul: imediato;
- b) Nível 2: emergente - vermelho: 15 minutos;
- c) Nível 3: urgente - amarelo: 30 minutos;
- d) Nível 4: menos urgente ou semi-urgente - verde: 60 minutos;
- e) Nível 5: não urgente - branco: 120 minutos.

Assim como a CTAS, OTAS é uma escala de cinco níveis conforme descrição supracitada com um conjunto abrangente de determinantes obstétricos e usada para classificar questões como complicações na gravidez e evolução do parto. A OTAS foi a



primeira escala de triagem obstétrica com confiabilidade entre avaliadores e validade no mundo.

O artigo **A3**, foi conduzido por Smithson *et al.*,2013 no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do *London Health Sciences Centre* (LHSC), realizado por um período de dois anos e meio. A Triagem Obstétrica no LHSC oferece atendimento de urgência e emergência para gestantes com idade gestacional acima de 20 semanas, tem uma média anual de 11.500 nascimentos. Os objetivos deste estudo foram testar a confiabilidade entre avaliadores da OTAS e determinar a distribuição da acuidade e do fluxo das pacientes por nível de prioridade clínica da OTAS (SMITHSON *et al.*, 2013).

Para testar a confiabilidade entre avaliador, 110 gráficos de triagem foram usados por intermédio de cenários clínicos e foram aplicados aleatoriamente em oito enfermeiras selecionadas para a pesquisa. Nesses cenários, foram incorporados um questionário online (*Survey Monkey*) e para medir a concordância foi utilizado o Kappa ponderado. Como resultado, a OTAS do nível 1 ao 4 obteve confiabilidade substancial (Kappa, 0,61 e 0,77) e no nível 5 a confiabilidade foi perfeita (Kappa 0,87). Os autores concluíram que a OTAS fornece uma avaliação confiável da acuidade.

No artigo **A4**, Gratton *et al.*,2016 avaliaram a escala OTAS, em três hospitais canadenses (*London Health Sciences Centre*, *Stratford General Hospital* e *Chatham General Hospital*). Os objetivos deste estudo foram: comparar a confiabilidade interavaliadores em ambientes hospitalares terciários e comunitários e medir a confiabilidade intra-avaliadores. Para avaliar a confiabilidade interavaliadores, enfermeiras da triagem obstétrica foram selecionadas aleatoriamente do *London Health Sciences Centre* (LHSC) (n = 8), *Stratford General Hospital* (SGH) (n = 11) e *Chatham General Hospital* (CGH) (n = 7). No LHSC, um grupo de enfermeiras foi testado novamente em nove meses para medir a confiabilidade intra-avaliadores (GRATTON *et al.*,2016).

Os autores concluíram que a OTAS tem confiabilidade interavaliadores e intra-avaliador significativa, com base no índice de Kappa - no LHSC, o índice de Kappa variou de 0,61 a 0,87, no SGH o índice variou de 0,61 a 0,83 e no CGH o índice variou de 0,55 a 0,88, demonstrando um nível de confiabilidade de moderado a perfeito nas três instituições.

Destacaram também na conclusão do estudo sobre a importância em se trabalhar com protocolos específicos de triagem obstétrica, já que esses podem ser considerados essenciais para uma abordagem da gestante e do feto, diferente dos protocolos gerais que possuem uma abordagem limitada para esse perfil de paciente.

Nos quatro artigos incluídos, os resultados demonstraram que o uso de protocolos específicos resulta na melhoria do funcionamento dos serviços de saúde e promovem garantia do direito ao acesso com qualidade, equidade e resolutividade. Podem ser vistos como instrumentos que reorganizam o processo de trabalho, estabelecendo mudança na forma e no resultado do atendimento à usuária (RIBEIRO; CASTRO, 2011).

A implantação ordenada do A&CR possibilita a abertura de processos de reflexão e aprendizado institucional, promove a construção de novos modelos e valores, voltados para ações humanizadas e compartilhadas, ampliando a resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de risco que consideram a complexidade do processo de saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e família, a priorização da atenção em tempo oportuno diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações (BRASIL, 2018).

Sabe-se que o atendimento voltado para obstetria e ginecologia precisa de um olhar ampliado e acolhedor. Mulheres chegam com demandas diversas relacionadas à dor, corrimento vaginal, descolamento prematuro da placenta; esses e outros agravos de saúde demandam atendimento imediato e necessitam ser avaliados, independente da prioridade clínica (ZOCCO *et al.*, 2007).

Nos artigos analisados nessa revisão foram apresentados três modelos de escalas / fluxogramas, considerados como sistemas de alerta que envolvem registro dos sinais vitais e observação clínica da usuária, esses dados são projetados no escalonamento da gravidade. O cumprimento dos critérios para parâmetros vitais anormais aciona um sistema de cores que orienta a necessidade de priorização clínica e promovem ação rápida podendo minimizar dano para mulher e também para o feto. Vale ressaltar a necessidade de desenvolver modelos preditivos e validar sistemas de alerta precoce baseados em evidências para o campo da ginecologia e obstetria (ROBBINS; SHENNAN; SANDALL, 2019).

Partindo dessa análise, pensando na estrutura dos protocolos e escalas de triagem obstétrica e ginecológica, é importante destacar que estudos de confiabilidade permitem definir a utilidade de um instrumento para um ou vários examinadores, possibilitando maior aplicabilidade clínica além de ser uma medida que afirma se os resultados são consistentes, estáveis ao longo do tempo, reproduzíveis e seguros (RUHL *et al.*, 2015).

Estudos voltados para a triagem obstétrica ainda são incipientes, embora protocolos e escala específicos já estejam sendo utilizados em serviços obstétricos conforme detalhado nos artigos A2, A3 e A4. No Brasil ainda estamos no início dessas discussões, mas todos os quatro artigos apontam para o mesmo objetivo que é a melhoria dos indicadores.

O A&CR é realizado baseado em instrumentos válidos e confiáveis, norteados através da legislação local. Os artigos aqui apresentados descrevem a necessidade de atuação nesse cenário de enfermeiras obstétricas e enfermeiras com experiência em urgência e emergência como prestadoras de cuidados primários em unidades de triagem. A utilização das escalas/protocolos irá nortear estas profissionais no planejamento e execução das atividades de A&CR, mediante a tomada de decisão, por intermédio do raciocínio clínico baseados em conhecimentos e aptidões profissionais.

Portanto, através da análise dos artigos foi possível perceber a necessidade de se pensar em uma assistência qualificada às mulheres no contexto ginecológico e obstétrico, baseada em instrumentos válidos, confiáveis e de preferência específicos. Além disso, ficou comprovado que os indicadores de assistência melhoraram após a utilização e implementação desses protocolos e foram vistos como uma boa prática no cuidado prestado às mulheres.

Por fim, o A&CR pode ser considerado como um dispositivo de organização dos fluxos, com base em critérios que tendem a priorizar o atendimento às pacientes que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade. Ele inicia-se no momento da chegada da mulher, com a identificação da situação/queixa, coordena a demanda do serviço e serve como ferramenta de apoio à decisão clínica para as urgências obstétricas (BRASIL, 2014).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Determinar o grau de concordância interavaliador na aplicação do protocolo de A&CR-O do Ministério da Saúde em uma unidade de pronto atendimento obstétrico.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Identificar o número de acertos interavaliador na escolha do fluxograma e na definição da prioridade clínica.
- b) Verificar a concordância interavaliador na escolha do fluxograma e na prioridade clínica.
- c) Verificar a concordância interavaliador entre enfermeiros treinados e enfermeiros não treinados na escolha do fluxograma e da prioridade clínica.
- d) Avaliar a sensibilidade e a especificidade dos níveis de prioridade clínica interavaliador

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Tipo de estudo

Estudo transversal com abordagem metodológica que analisou a reprodutibilidade do protocolo A&CR-O. Este tipo de estudo visa produzir informações de caráter descritivo com análise do alcance e do impacto dos resultados esperados na utilização de um instrumento proposto (POLIT; BECK, 2018). Dentro da psicomетria, esse tipo de verificação estabelece e documenta a qualidade metodológica de instrumentos utilizados na área da saúde (POLIT; BECK, 2018); é vista como um dos principais critérios de avaliação de qualidade para que instrumentos sejam utilizados com maior segurança (LOBIONDO-WOOD; HABBER, 2001); é considerada como a habilidade de mensurar de forma consistente aquilo que se pretende medir, além de identificar a capacidade de um instrumento não variar seus resultados quando utilizada por vários profissionais (FERREIRA, 2010).

Definiu-se pelo método de confiabilidade por equivalência do Protocolo de A&CR-O utilizando a avaliação da concordância interavaliadores, que envolve a participação independente de dois ou mais avaliadores (POLIT; BECK, 2018).

Um dos principais critérios para avaliação da qualidade de um instrumento é a sua confiabilidade e esta pode ser considerada maior quando, um instrumento for mensurado repetidas vezes e obtiver menor variação (POLIT; BECK, 2018).

A literatura apresenta diversas formas para estimativa da confiabilidade, quando se trata de confiabilidade por equivalência de um instrumento, a forma mais comum de avaliar um instrumento é a confiabilidade interavaliadores, possibilita a verificação do grau de correspondência entre avaliações independentes de dois ou mais enfermeiros que classificam o mesmo paciente, utilizando o mesmo instrumento de classificação (POLIT; BECK, 2018).

Nesse estudo o coeficiente Kappa, a sensibilidade e a especificidade foram as medidas utilizadas para avaliação interavaliadores.

## 4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em uma maternidade escola, reconhecida como hospital de ensino e referência em parto humanizado, localizado na zona norte do município de Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais. A instituição é filantrópica de direito privado e público, não governamental e vinculada ao Sistema único de Saúde (SUS). Conta atualmente com 185 leitos, sendo: 87 leitos obstétricos, 40 leitos em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), 30 leitos em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), 15 leitos em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) e 12 leitos pertencentes a outras clínicas. Trata-se da maternidade que mais assiste partos em âmbito nacional, sendo em média 900 por mês (HSF, 2020).

A maternidade conta com uma equipe multiprofissional com assistência humanizada, alojamento conjunto, incentiva e apoia a presença de acompanhante em tempo integral, encoraja o parto normal, possui oferta de métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor e planejamento familiar. No ano de 2019 houve o registro de 10.032 partos, sendo 27,9% de cesariana, 14,9% parto normal assistido por médicos e 85,1% partos normais assistidos por enfermeiros (HSF, 2020).

## 4.3 População e amostra

### 4.3.1 Tamanho da amostra de enfermeiros

O tamanho da amostra de enfermeiros foi calculado considerando um estudo comparativo envolvendo duas proporções. Mais especificamente, a comparação da proporção de concordância interavaliadores em relação a cada uma das cinco cores de grau de gravidade do Protocolo de A&CR - O (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) no grupo de enfermeiros treinados (p1) *versus* proporção de concordância interavaliadores no grupo de enfermeiros não treinados (p2). Duas hipóteses serão avaliadas nesta situação:

**H0:** a proporção de concordância interavaliadores em relação a cada uma das cinco cores do grau de gravidade do Protocolo de A&CR - O (Vermelho, Laranja,

Amarelo, Verde e Azul) no grupo de enfermeiros treinados é igual à proporção de concordância interavaliadores no grupo de enfermeiros não treinados;  $p_1 = p_2$ .

**H1:** a proporção de concordância interavaliadores em relação a cada uma das cinco cores de grau de gravidade do Protocolo de A&CR - O (Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde e Azul) no grupo de enfermeiros treinados é diferente da proporção de concordância interavaliadores no grupo de enfermeiros não treinados;  $p_1$  e  $p_2$  (HULLEY *et al.*, 2006).

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 p(1-p)}{(E_0)^2} \quad (1)$$

onde:

$z_{\alpha} \cong 1,96$  (para estimativas usando intervalos de 95% de confiança)

$p$  = é a proporção esperada de indivíduos no estudo

$E_0$  = é uma medida do erro amostral ou da precisão que você aceita para o seu estudo.

Para proporção esperada a concordância interavaliadores em relação a cada uma das cinco cores de grau de gravidade do Protocolo de A&CR - O (Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde e Azul) foi considerado uma estimativa de 90%. Considerando um nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ), um poder de 80% ( $\beta = 0,20$ ) foi necessário a seleção de 10 enfermeiros em cada grupo (treinados *versus* não treinados) para se identificar diferenças de pelo menos 50% na taxa de concordância de cada grupo.

Para cada um dos 10 enfermeiros treinados no protocolo de A&CR, foi sorteado um enfermeiro não treinado para avaliar os mesmos prontuários, sorteados no universo de prontuários disponíveis durante o período da pesquisa.

#### 4.3.2 Tamanho da amostra dos prontuários do pronto atendimento

O tamanho da amostra dos prontuários foi calculado considerando um processo de estimação de uma proporção desconhecida ( $p$ ) numa população. Mais

especificamente, a estimação da proporção de concordância interavaliadores em relação a cada uma das cinco cores de grau de gravidade do Protocolo de A&CR - O (Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde e Azul).

No cálculo da amostra, foi considerado uma proporção esperada de concordância de pelo menos 80% ( $p = 0,80$ ), o que significa supor um alto grau de concordância interavaliadores. Neste caso, considerando, portanto, uma estimativa para a proporção esperada, concordância  $p=0,80$ , uma margem de erro de 10% sobre esta estimativa ( $E_0 = 0,10$ ) e o cálculo por intervalo de 95% de confiança, o tamanho da amostra deverá ser de, no mínimo,  $n = 265$  avaliações do Protocolo de A&CR - O.

Como o número de atendimentos de uma das cinco cores do Protocolo é finito e varia entre os graus de gravidade, é necessário fazer um ajuste do tamanho da amostra de acordo com a equação abaixo:

$$n = \frac{N \times n^*}{N + n^*} \quad (2)$$

Onde:  $N$  = tamanho da população e  $n^*$  é o tamanho da amostra calculada pela fórmula anterior, que considera a população de tamanho infinito.

Considerando dados do período de novembro de 2019 a maio de 2020, o tamanho da amostra total de prontuários avaliados foi 265, divididos conforme a cor (Tabela 1) e essa amostra foi ajustada para 270 devido o número 265 não ser divisível por 10, número esse que representa o quantitativo de enfermeiros.



**Tabela 1 - Tamanho da amostra de prontuários conforme a cor da classificação de risco, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**

Grau de urgência	Total de atendimentos	Percentual	Tamanho da amostra
Vermelho	52	0,3%	28
Laranja	1.013	5,7%	58
Amarelo	5.852	33,1%	61
Verde	9.961	56,3%	61
Azul	812	4,6%	57
Total	17.690	100,0%	265

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.4 Critérios de inclusão

Enfermeiros treinados e não treinados para a utilização do Protocolo de A&CR e que atuam na assistência há pelo menos um ano na instituição. Prontuários que contenham os dados da CR preenchidos corretamente.

#### 4.5 Critérios de exclusão

Enfermeiros que atuem na instituição, mas que estivessem de férias ou licença médica no período de coleta de dados ou admitidos há menos de um ano na instituição. Prontuários com dados incompletos da CR.

#### 4.6 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e novembro de 2020, sendo avaliados prontuários referentes ao atendimento de usuárias no pronto atendimento obstétrico entre os meses de novembro de 2019 a maio de 2020.

A coleta dos casos clínicos não ocorreu em tempo real devido o período da pandemia do coronavírus (COVID-19) que assolou a população mundial durante o ano de 2020. Tal contexto levou a mudanças na configuração do estudo, havendo necessidade de uma coleta retrospectiva dos dados reduzindo assim exposição das gestantes, profissionais de saúde e da pesquisadora.

Com relação a pesquisa com os Enfermeiros foi garantido todas as medidas de segurança com distanciamento social, higienização das mãos e uso de máscara durante toda a entrevista por parte do Enfermeiro e da pesquisadora.

Visando o ajuste das variáveis a serem analisadas, o instrumento para coleta de dados descrito no apêndice B foi elaborado pela pesquisadora. Para validação do instrumento foi realizado um pré-teste com 20 prontuários de usuárias atendidas na unidade de pronto atendimento da instituição. Este é um número recomendado por Gilboy, Travers e Wuerz (1999) e por Polit e Beck (2011). O pré-teste é um ensaio destinado a determinar se o instrumento é útil e capaz de gerar as informações desejadas. Os prontuários utilizados no pré-teste foram excluídos da análise geral dos dados.

Dos prontuários foram extraídas informações registradas pelos enfermeiros que atuam no pronto atendimento da instituição e que durante o atendimento na CR subsidiaram a decisão clínica acerca do protocolo do A&CR - O a ser seguido por ocasião do atendimento às gestantes.

A busca dos prontuários foi realizada por aleatorização e a seleção ocorreu através de sorteio por cores da CR. Foi utilizado o instrumento validado via apêndice B para coleta das informações e definição do caso clínico. Os dados coletados foram: codificação da usuária, queixa principal, fluxograma, resumo da história obstétrica e registro de dados vitais utilizados para definição dos discriminadores e a prioridade clínica do atendimento. Os prontuários selecionados, mas que não constaram quaisquer das informações supracitadas foram eliminados da pesquisa e um novo sorteio era realizado até que foi possível compor o quantitativo de 270 prontuários.

Após seleção de todos os casos as informações foram registradas pela pesquisadora no formato de casos clínicos e digitados em tabela do *Microsoft Word* (N=270). As informações colhidas via apêndice B, foram transformadas em formato de tabela por ordem alfabética de acordo com as iniciais das usuárias e impressas em folha de papel ofício A4, foram distribuídos aleatoriamente em grupos equivalentes ao número de enfermeiros participantes (N=20). Cada pacote, constituído por 27 casos clínicos agrupados, foi distribuído entre os Enfermeiros treinados e os Enfermeiros não

treinados, cada enfermeiro avaliava o caso clínico e definiam o fluxograma e o nível de prioridade clínica.

Os Enfermeiros considerados treinados e entrevistados na pesquisa foram aqueles que obtinham capacitação prévia e vivência na CR seja na atualidade ou vivência prévia, não fez parte da pesquisa capacitar os profissionais, mas sim buscar aqueles que já obtinham experiência e certificação. Os Enfermeiros considerados como não treinados foram selecionados com base inversa ao treinado, ou seja, que nunca atuaram com CR e nem obtinham capacitação prévia.

Para a busca desses Enfermeiros a pesquisa aconteceu nos plantões pares e ímpares nos períodos diurno e noturno, os encontros foram comunicados e autorizados pela coordenação. No percurso dos dias, cada Enfermeiro selecionado recebeu além dos 27 casos clínicos uma cópia impressa dos 12 fluxogramas com os discriminadores, visto que a proposta é que ele sempre seja utilizado para guiar o atendimento e definição da prioridade clínica do atendimento, conforme anexo A.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, a coleta de dados com os Enfermeiros transcorreu no período dos meses de outubro e novembro de 2020 e não incidiu contato entre os entrevistados. Os enfermeiros não tiveram acesso as informações uns dos outros e todas as entrevistas aconteceram individualmente em um local privativo preservando o sigilo de cada participante por meio de simulação dos casos clínicos previamente elaborados por intermédio da coleta de dados dos prontuários envolvidos na pesquisa.

O método de simulação foi definido devido ser considerado seguro e capaz de reduzir a exposição das usuárias, equipe assistencial e da pesquisadora, esse tipo de método prediz com exatidão o desempenho mesmo de sistemas mais complexos sendo considerado como auxiliador na gestão do cuidado (HARRELL *et al.*, 2012). Foi produzido a partir de dados da CR da instituição, envolvendo a criação de cenários realísticos o que propiciou na definição do fluxograma e prioridade clínica por parte dos entrevistados, após a coleta por simulação os dados se transformaram em parâmetros estatísticos, sendo possível legitimar a pesquisa.

Cada Enfermeiro avaliou 27 casos clínicos distribuídos aleatoriamente entre os enfermeiros treinados e não treinados, ou seja, os 27 casos que cada 1 dos 10

enfermeiros treinados avaliaram também foram avaliados por um enfermeiro não treinado em tempos distintos. Para esta reclassificação foi utilizada uma ficha elaborada pela pesquisadora (Apêndice C) com dados da usuária, queixa principal, fluxograma, história obstétrica e dados vitais utilizados para definição dos discriminadores e a prioridade clínica de atendimento.

Os dados constantes deste instrumento foram tabulados no *Microsoft Office Excell*, em seguida transcritos e analisados mediante análise estatística conforme será descrito no item 4.7.

#### 4.7 Análise estatística

Os dados foram avaliados inicialmente por técnicas de estatística descritiva, por meio de frequência absoluta, relativa, média, mediana e desvios-padrão com objetivo de resumir as informações coletadas sobre os enfermeiros envolvidos e dados dos prontuários. Para a identificação das pacientes classificados nas diferentes cores, foi feita uma análise descritiva simples, apresentada em tabelas de frequência absoluta, incidência e intervalo de confiança separadamente.

O de tipo de classificação foi calculada por meio de estimativa pontual e por intervalos de 95% de confiança (ALTMAN, 1991). Os graus de concordância entre os enfermeiros treinados *versus* não treinados e com os dados definidos no prontuário foram calculados por meio do coeficiente Kappa, conforme a tabela 2.

<b>Valor de kappa</b>	<b>Grau de concordância entre avaliadores</b>
< 0	Sem concordância
0 a 0,20	Fraco
0,21 a 0,40	Razoável
0,41 a 0,60	Moderado
0,61 a 0,80	Forte
0,81 a 1,0	Perfeito

Fonte: LANDIS; KOCH, 1977a, 1977b

Além do coeficiente de Kappa também foram calculadas a sensibilidade e a especificidade do protocolo de A&CR - O. De acordo com Kawamura (2002) a sensibilidade (**s**) - é a probabilidade de um indivíduo avaliado e doente de ter seu teste alterado (positivo) e deve ser calculada através da seguinte equação:  $s = VP / (VP + FN)$ . A especificidade (**e**) - é a probabilidade de um indivíduo avaliado e normal ter seu teste normal (negativo) e também necessita de uma equação para sua análise que é:  $e = VN / (VN + FP)$ . Sendo: VP- verdadeiro positivo; VN- verdadeiro negativo; FP- falso positivo; FN- falso negativo.

Para o estudo a sensibilidade foi definida como a probabilidade de uma paciente ter sido classificada como um caso urgente de acordo com a prioridade clínica e realmente demandar urgência em seu atendimento. A especificidade foi definida como a probabilidade de uma paciente ter sido classificada de acordo com a prioridade clínica como não urgente e não demandar urgência em seu atendimento.

#### **4.8 Aspectos éticos**

O estudo seguiu os aspectos éticos dispostos à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa e foi aprovado através do parecer: 4198387 e CAAE: 19261419.0.0000.5149 conforme anexo B. Submetido também ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição em que foi realizada a pesquisa e aprovado através do parecer: 4243525 e CAAE: 19261419.0.3001.5132 conforme anexo C e normatização da resolução nº 580/2018 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos e posteriormente à aprovação foi iniciado a coleta de dados (BRASIL, 2012, 2018).

Os Enfermeiros envolvidos foram convidados a participar da pesquisa, e informados sobre os objetivos e importância do estudo através da pesquisadora. Aqueles que concordaram em participar, fizeram a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A) e somente após a leitura do TCLE e assinatura concordando em participar da pesquisa o Enfermeiro teve acesso aos casos clínicos destinados à pesquisa. Todas as informações seguiram um tratamento sigiloso e confidencial, sendo garantido o anonimato de todos os envolvidos durante toda a coleta e posteriormente na análise dos dados.

Para a coleta de dados dos prontuários foi realizado o TCUD ( termo de consentimento de utilização de dados) elaborado pela pesquisadora e aprovado pela instituição participante da pesquisa conforme (apêndice B).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização dos Enfermeiros

Participaram do estudo 20 enfermeiros sendo 10 treinados em acolhimento e classificação de risco e 10 não treinados. Verificou a diferença significativa na idade e no tempo de atuação entre os profissionais, sendo que os enfermeiros treinados eram mais novos e com menor tempo de atuação profissional (Tabela 1).

**Tabela 1 - Comparação do grupo treinado versus não treinado: análise da idade e tempo de atuação profissional, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**

Variável	Grupo	Amostra de enfermeiros	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	valor-p
<b>Idade (anos)</b>	Enfermeiros NÃO treinados	10	38,8	38,5	34,0	44,0	3,5	0,049
	Enfermeiros treinados	10	32,7	30,0	25,0	46,0	7,4	
<b>Tempo de atuação profissional (anos)</b>	Enfermeiros NÃO treinados	10	9,0	9,0	5,0	13,0	2,2	0,001
	Enfermeiros treinados	10	4,4	4,0	1,7	8,0	2,0	

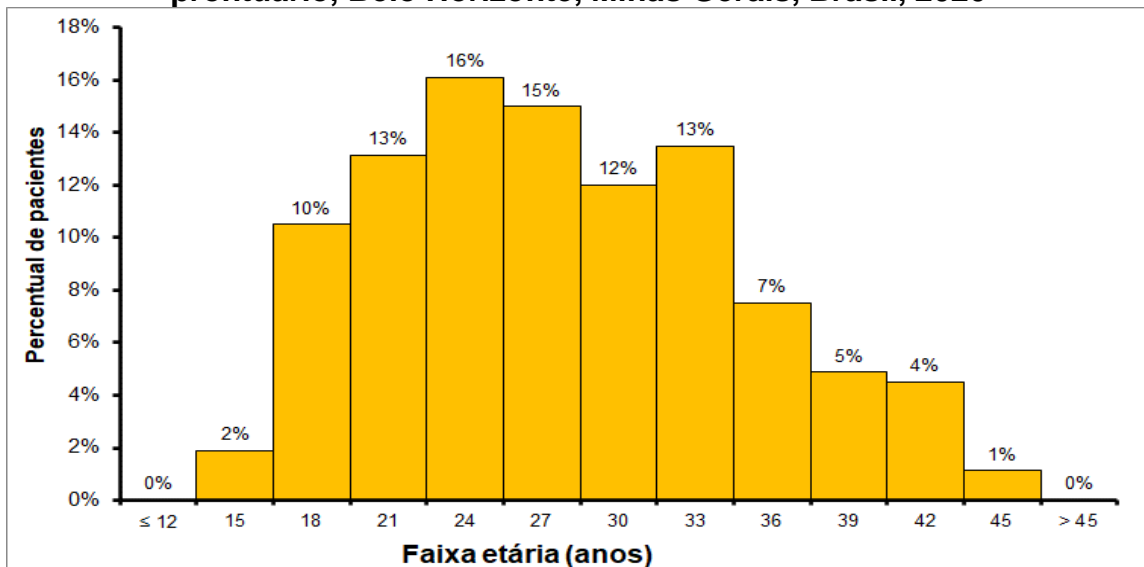
Fonte: Dados da pesquisa.

### 5.2 Características dos atendimentos realizados na classificação de risco

Para a caracterização da população atendida na classificação de risco e incluída no estudo foram coletadas informações relacionadas à idade, suspeita ou confirmação da gravidez, idade gestacional, paridade, tipo de queixa e nível de dor.

O Gráfico 1 representa a idade da população analisada (N=270). A maioria das pacientes (70%) tinham entre 21 e 33 anos no momento do atendimento; sendo que a idade variou entre 14 a 45 anos, com média de 27 e mediana de 26 anos, desvio padrão de 7 anos e coeficiente de variação de 26%, indicando variabilidade moderada entre as pacientes em relação à idade (Gráfico 1).

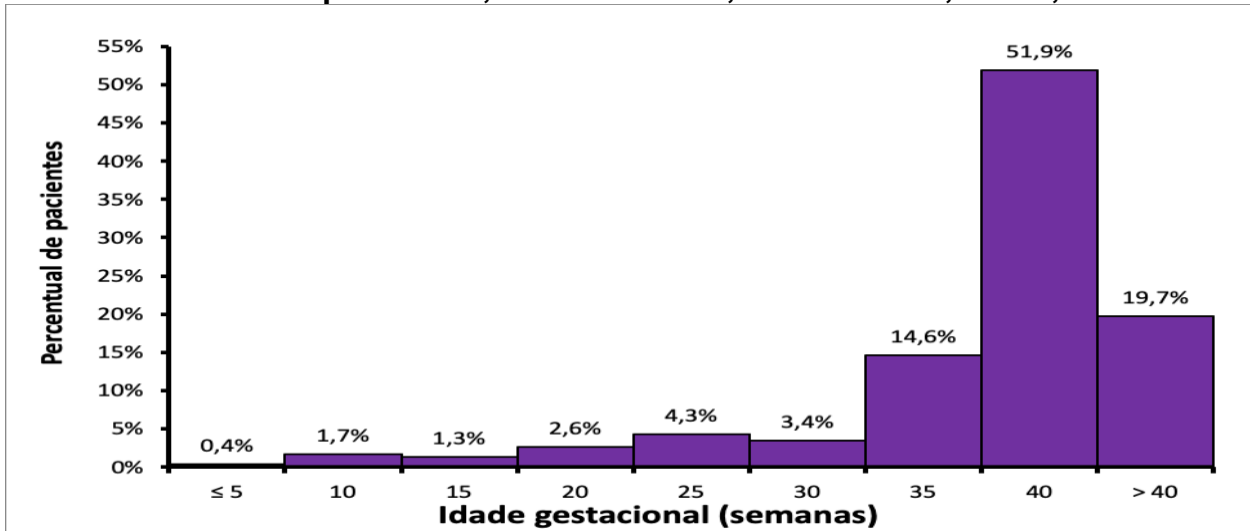
**Gráfico 1 - Histograma com a faixa das pacientes analisada através de dados do prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**



Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico 2 representa a idade gestacional (IG) por ocasião do acolhimento e classificação de risco, 72% das pacientes estavam com 40 semanas ou mais de IG, variando de 5 a 43 semanas, com média de 36 e mediana de 39 semanas, desvio padrão de 7 semanas e coeficiente de variação de 19%, indicando pouca variabilidade em relação à IG.

**Gráfico 2 - Histograma com a distribuição da idade gestacional analisada através de dados do prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**



Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 4 representa os dados relacionados à suspeita ou confirmação da gravidez, 88% das pacientes atendidas eram gestantes, 9% eram puérperas e / ou casos ginecológicos e 3% apresentavam atraso menstrual, mas tinham dúvida quanto à gravidez.

Dessas mulheres, excluindo as que desconheciam a gravidez 3% (representado em número absoluto por 9/270), quando avaliada a paridade observou-se um número considerável de primigestas 47,9% (representando em número absoluto por 125/261), seguindo das secundíparas com 8,8% (representando em número absoluto por 23/261).

**Tabela 4 – Tabela sobre suspeita ou confirmação da gravidez, analisada através de dados do prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**

Gestante	Frequência	Percentual
Sim é gestante	237	88%
Não, não é gestante	24	9%
Suspeita de estar grávida	9	3%
<b>Total</b>	<b>270</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa.



Os motivos que motivaram a busca das usuárias por um pronto atendimento obstétrico estão relacionados na Tabela 5 e foram principalmente as contrações (62 / 23%), perda de líquido (42 / 15,6%), alteração da pressão arterial (22 / 8,1%) e sangramento aumentado (16 / 6,7%); as demais queixas que tiveram um percentual abaixo de 1% foram realocadas em uma categoria denominada outras queixas e correlacionadas de forma especificada em nota de rodapé.

**Tabela 5 – Tabela sobre tipo de queixa apresentada pelas usuárias no momento da classificação de risco, analisada através de dados do prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**

<b>Tipo de queixa</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Contrações	62	23,0%
Perda de líquido	42	15,6%
Alteração da pressão arterial	22	8,1%
Sangramento aumentado	18	6,7%
Avaliar indução	16	5,9%
Avaliação sem queixas	11	4,1%
Cefaleia	10	3,7%
Período expulsivo	9	3,3%
Atraso menstrual	7	2,6%
Avaliar ultrassom	6	2,2%
Dor abdominal	6	2,2%
Retirar pontos	6	2,2%
Cólica	5	1,9%
Deseja avaliação médica	5	1,9%
Realizar cesariana	5	1,9%
Avaliar idade gestacional	4	1,5%
Dor lombar	4	1,5%
Edema em membros inferiores	4	1,5%
Parto em trânsito	3	1,1%
Outras queixas*	25	9,1 %
<b>TOTAL</b>	<b>270</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

\* \* Outras queixas: Essa categoria foi criada para os casos em que a frequência absoluta variou entre 1 ou 2 vezes e o percentual foi inferior a 1%; dentre essas estão: “Abortamento e sangramento intenso”; “Avaliar para colocar dispositivo intrauterino”; “Coceira na pele”; “Febre”; “Tontura”; “Abscesso mamário”; “Avaliar nódulo mama”; “Bolinha na vagina”; “Bolsa herniada no canal”; “Corrimento pós parto normal”; “Deseja receber orientações sobre parto normal”; “Dor no braço”; “Fraqueza / sudorese”; “Infecção de urina”; “Tomar antibiótico venoso”; “Interromper gestação / diabetes mellitus gestacional”; “Mão dormente”; “Náusea e vômito”; “Parto em casa”; “Perda de tampão mucoso”; “Vertigem”.

Com relação à variável dor registrada nos prontuários por ocasião do acolhimento e classificação de risco, verificou-se que esse dado foi registrado em 73% dos prontuários, apresentou uma variação desde ausência de dor até dor intensa, com 43% das usuárias tendo referido algum tipo de dor e 30% relatavam ausência de dor (tabela 6).

**Tabela 6 - Nível de dor apresentado pelas usuárias conforme escala visual analógica da dor EVA, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**

<b>Dor</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
0 - sem dor	80	30%
1 a 3 - dor leve	41	15%
4 a 6 - dor moderada	34	13%
7 a 10 - dor intensa	40	15%
Não avaliado	75	28%
<b>Total</b>	<b>270</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

### **5.3 Características da classificação de risco abordando a identificação por cores e fluxograma**

Todas as pacientes foram classificadas pelo protocolo de A&CR – O do Ministério da Saúde sendo que as prioridades clínicas “amarela” e “verde” foram as mais frequentes (Tabela 7).

**Tabela 7 - Número de prontuários avaliados de acordo com a prioridade clínica por cores, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**

Classificação	Frequência	Taxa de incidência	[I.C 95%]
<b>Vermelho</b>	28	10%	[ 7%; 15%]
<b>Laranja</b>	59	22%	[17%; 27%]
<b>Amarelo</b>	64	24%	[19%; 29%]
<b>Verde</b>	62	23%	[18%; 28%]
<b>Azul</b>	57	21%	[16%; 26%]
<b>Total</b>	270	100%	-

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 8 representam as frequências absolutas e os percentuais dos fluxogramas identificados durante os atendimentos. Verificou-se maior frequência dos fluxogramas “12” (outras queixas e situações - 37%); “2” (dor abdominal/lombar/ contrações uterinas - 33,7%) e “7” (perda de líquido vaginal/secreções - 15,9%).

**Tabela 8 - Fluxogramas definidos de acordo com os dados dos prontuários das pacientes, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**

Fluxograma	Nº do fluxograma	Frequência	Percentual
Outras queixas/situações	12	100	37,0%
Dor abdominal/ lombar/ contrações uterinas	02	91	33,7%
Perda de líquido vaginal/	07	43	15,9%
Perda de sangue via vaginal	08	20	7,4%
Dor de cabeça, tontura,	03	12	4,4%
Febre / sinais de infecções	05	2	0,7%
Queixas urinárias	09	1	0,4%
Náuseas e vômitos	06	1	0,4%
<b>Total</b>		270	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 5.4 Identificação das concordâncias e discordâncias entre os resultados da classificação de risco entre os enfermeiros treinados e enfermeiros não treinados

A Tabela 9 evidencia a concordância entre os enfermeiros treinados e os não treinados quanto à definição dos fluxogramas do protocolo A&CR - O. Enquanto os números na diagonal da tabela representam situações de total concordância entre os enfermeiros, valores abaixo e acima da diagonal mostram discrepâncias quanto à definição de fluxograma. Por exemplo, de 92 indicações feitas pelo enfermeiro treinado para o Fluxograma “2”, em 75 delas esta também foi a indicação do enfermeiro não treinado. Entretanto, nesta mesma coluna, o **enfermeiro treinado** indicou o fluxograma “12” em sete vezes, o número “7” uma vez e o número “5” uma vez, **enfermeiros não treinados** indicaram o fluxograma “7” nove vezes, em cinco vezes o de número “8” e, em três vezes, o de número “12”. Ou seja, de 84 indicações do fluxograma “2” realizadas pelo enfermeiro treinado, em 17 vezes ( $17=9+5+3$ ) houve discordância na indicação de quem não era treinado. Ao somar os valores na diagonal, que representa concordância entre os avaliadores, dividindo pelo total de avaliações (270), tem-se a concordância bruta entre enfermeiros treinados e não treinados =  $235/270 = 87\%$ .

**Tabela 9 - Análise da concordância absoluta entre enfermeiros treinados *versus* não treinados em relação à definição de fluxograma, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**

Fluxograma indicado pelo enfermeiro NÃO treinado	Fluxograma indicado pelo enfermeiro treinado									Total
	1	2	3	5	6	7	8	10	12	
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
2	0	75	0	1	0	1	0	0	7	84
3	0	0	11	0	0	0	0	0	0	11
5	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
7	0	9	0	0	0	40	1	0	3	53
8	0	5	0	0	0	0	15	0	0	20
10	0	0	0,	0	0	0	0	0	1	1
12	1	3	0	0	0	1	1	0	90	96
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>92</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>42</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>101</b>	<b>270</b>

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 10 demonstra a concordância entre os enfermeiros treinados e os não treinados quanto à definição de prioridade clínica da usuária. Enquanto os números na diagonal da tabela representam situações de total concordância entre os enfermeiros, valores abaixo e acima da diagonal mostram discrepâncias quanto à definição de prioridade clínica, demonstrando a superestimação e a subestimação.

Para melhor compreensão: das 13 indicações feitas pelo enfermeiro treinado para a prioridade clínica vermelha em 11 delas também ocorreu a indicação do enfermeiro não treinado para a prioridade clínica vermelha, assim sucessivamente nas demais cores.

Em todos os níveis de prioridade ocorreram superestimação ou subestimação por parte dos dois grupos, mas as duas prioridades clínicas que chamam maior atenção nessa tabela são: o amarelo e o verde, onde os dados de concordância se distanciam consideravelmente. No amarelo 22% das usuárias foram superestimadas para o laranja e 24% foram subestimadas para o verde. No verde 26% das pacientes tiveram subestimação para o azul.

**Tabela 10 - Análise da concordância absoluta entre enfermeiros treinados versus não treinados em relação à classificação da paciente, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**

Classificação definida pelo enfermeiro NÃO treinado	Classificação definida pelo enfermeiro treinado					Total
	Vermelho	Laranja	Amarelo	verde	Azul	
Vermelho	11	5	0	2	0	18
Laranja	1	42	16	2	0	61
Amarelo	0	6	39	6	1	52
Verde	0	4	17	50	4	75
Azul	1	0	0	21	42	64
Total	13	57	72	81	47	270

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 11 estão representadas as análises de concordância relacionadas ao nível de prioridade clínica da classificação de risco, sensibilidade e especificidade. Essa análise buscou a concordância em que **Enfermeiros treinados** tiveram em comparação com os **Enfermeiros não treinados** e serão comentadas por prioridade clínica.

No nível de prioridade “vermelho”, a concordância entre os Enfermeiros foi considerada como forte (Kappa 0,692), sendo a sensibilidade 85%, o que demonstra que quase todas as pacientes classificadas como “vermelho” pelo **Enfermeiro treinado** foram classificadas com o mesmo nível de prioridade pelo **Enfermeiro não treinado**. A especificidade encontrada foi alta 99%, demonstrando ter um valor baixo de falso positivo.

No nível de prioridade “laranja”, a concordância entre os Enfermeiros também foi considerada forte (Kappa 0,631), sendo a sensibilidade de (74%), valor inferior comparado ao “vermelho”. Contudo, esse valor da sensibilidade permite dizer que grande parte das pacientes classificadas como “laranja” pelo **Enfermeiro treinado** também foram classificadas como “laranja” pelo **Enfermeiro não treinado**. A especificidade foi elevada 93%, indicando que nesse grupo prioritário o número de casos de falso positivo foi baixo.

No nível de prioridade “amarelo”, a concordância entre os Enfermeiros foi considerada moderada (Kappa 0,522); a sensibilidade foi a menor entre todas as prioridades clínicas correspondendo a (54%), o que confirma que apenas a metade das pacientes classificadas como “amarelo” pelo **Enfermeiro treinado** também foram classificadas como “amarelo” pelo **Enfermeiro não treinado**. Esse dado também impactou na especificidade que foi de 85%, demonstrando que 15% das pacientes classificadas como “amarelo” pelo **Enfermeiro treinado**, foram superestimadas pelo **Enfermeiro não treinado**. Aumentando assim a chance de falso positivo, ou seja, o risco atribuído pelo enfermeiro foi maior que o risco apresentado pela usuária no momento do atendimento.

No nível de prioridade “verde”, a concordância entre os Enfermeiros foi moderada (Kappa 0,485); a sensibilidade foi (62%), confirmando que pouco mais da metade das pacientes classificadas como “verde” pelo **Enfermeiro treinado** também



foram classificadas como “verde” pelo **Enfermeiro não treinado**. A especificidade, contudo, apesar de não está ruim (84%), foi a pior entre todas as prioridades clínicas, aumentando a chance de falso positivo, ou seja, o risco atribuído pelo enfermeiro foi maior que o risco apresentado pela usuária no momento do atendimento.

No nível de prioridade “azul”, a concordância entre os Enfermeiros foi considerada forte (Kappa 0,696); a sensibilidade correspondeu a (89%), confirmando que quase todas as pacientes classificadas como “azul” pelo **Enfermeiro treinado** também foram classificadas como “azul” pelo **Enfermeiro não treinado**. A especificidade foi alta (98%) o que reduz a chance de falso positivo.

**Tabela 11 - Análise da sensibilidade e especificidade para a cor entre a classificação realizada por enfermeiros treinados versus não treinados utilizando o protocolo de ACR-O, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**

<b>Cor de classificação</b>	<b>Número de pacientes classificados pelo enfermeiro treinado</b>	<b>Número de pacientes classificados pelo enfermeiro NÃO treinado</b>	<b>Sensibilidade para a cor</b>	<b>Especificidade para a cor</b>	<b>Kappa</b>	<b>Grau de concordância</b>
<b>Vermelho</b>	13	11	85%	99%	0,692	Forte
<b>Laranja</b>	57	42	74%	93%	0,631	Forte
<b>Amarelo</b>	72	39	54%	85%	0,522	Moderado
<b>Verde</b>	81	50	62%	84%	0,495	Moderado
<b>Azul</b>	47	42	89%	98%	0,696	Forte

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 12 evidencia a concordância entre os **enfermeiros não treinados** e os dados de **registros do prontuário** quanto à definição de prioridade clínica da usuária no momento do atendimento. Enquanto os números na diagonal da tabela representam situações de total concordância entre os enfermeiros não treinados e dados do prontuário, valores abaixo e acima da diagonal mostram discrepâncias quanto à definição de prioridade clínica, demonstrando a superestimação e a subestimação.

Em todos os níveis de prioridade ocorreram superestimação ou subestimação por parte dos enfermeiros não treinados quando comparado com dados do prontuário, dados esses que representam a classificação realizada pelo Enfermeiro da instituição em tempo real e foram compilados na íntegra para realização do teste e reteste. As duas prioridades clínicas que merecem destaque devido número elevado de subestimação e por serem casos de urgência e emergência são: o vermelho e o amarelo. No vermelho ocorreu subestimação em 43% dos casos e no amarelo 34% das pacientes foram subestimadas.

**Tabela 12 - Análise da concordância absoluta entre enfermeiros NÃO treinados *versus* a classificação da paciente definida no prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**

Classificação definida pelo enfermeiro NÃO treinado	Classificação definida no prontuário					Total
	Vermelho	laranja	Amarelo	verde	Azul	
Vermelho	16	1	0	1	0	18
Laranja	9	42	8	2	0	61
Amarelo	2	9	34	6	1	52
Verde	1	6	19	43	6	75
Azul	0	1	3	10	50	64
Total	<b>28</b>	<b>59</b>	<b>64</b>	<b>62</b>	<b>57</b>	<b>270</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 13 estão representadas as análises de concordância relacionadas ao nível de prioridade clínica da classificação de risco, sensibilidade e especificidade. Essa análise buscou a concordância em que **Enfermeiros não treinados** tiveram em comparação com os **dados do prontuário** e serão comentados por prioridade clínica.

No nível de prioridade “vermelho”, a concordância entre os registros dos **prontuários** e os dados dos **Enfermeiros não treinados** foi considerada forte (Kappa 0,669). A sensibilidade foi baixa (57%), demonstrando que pouco mais da metade das pacientes classificadas como “vermelho” de acordo com dados do prontuário também foram classificadas como “vermelho” pelo **Enfermeiro não treinado**. A especificidade foi alta (95%), demonstrando ter um valor baixo de falso positivo.

No nível de prioridade “laranja”, a concordância entre os dados coletados dos **prontuários** e os dados dos **Enfermeiros não treinados** foi considerada forte (Kappa 0,614); a sensibilidade foi (71%), demonstrando uma sensibilidade superior comparada com o “vermelho”. A sensibilidade permite afirmar que grande parte das pacientes classificadas como laranja de acordo com os dados do prontuário foi classificada como “laranja” pelo **Enfermeiro não treinado**. A especificidade foi alta (92%), demonstrando ter um valor baixo de falso positivo.

No nível de prioridade “amarelo”, a concordância entre os dados coletados dos **prontuários** e os dados dos **Enfermeiros não treinados** foi considerada moderada (Kappa 0,475), sendo este o menor índice dentre as demais cores da classificação. A sensibilidade também foi a menor entre todas as prioridades clínicas, correspondendo a (53%), confirmando que apenas a metade das pacientes classificadas como “amarelo” nos **dados do prontuário** foram classificadas como “amarelo” pelo **Enfermeiro não treinado**. Dado este que também refletiu na especificidade que foi de (86%), aumentando assim a chance de falso positivo, ou seja, o risco atribuído pelo enfermeiro foi maior que o risco apresentado pela usuária no momento do atendimento.

No nível de prioridade “verde”, a concordância entre os dados coletados dos **prontuários** e os dados dos **Enfermeiros não treinados** foi considerada moderada (Kappa 0,503); a sensibilidade correspondeu a 69%, confirmando que mais da metade das pacientes classificadas como “verde” através dos **dados do prontuário** também

foram classificadas como “verde” pelo **Enfermeiro não treinado**. A especificidade foi de (90%), demonstrando ter um valor baixo de falso positivo.

No nível de prioridade “azul”, a concordância entre os dados coletados dos **prontuários** e os dados dos **Enfermeiros não treinados** foi considerada forte (Kappa 0,777), sendo o melhor índice comparado com as demais cores da classificação. A sensibilidade correspondeu a 88%, confirmando que quase todas as pacientes classificadas como “azul” através dos **dados do prontuário** também foram classificadas como “azul” pelo **Enfermeiro não treinado**. A especificidade foi excelente (97%), garantindo ter um valor baixo de falso positivo.

**Tabela 13 - Análise da concordância entre enfermeiros NÃO treinados *versus* a classificação da paciente definida no prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**

<b>Cor de classificação</b>	<b>Número de pacientes classificados pelo prontuário</b>	<b>Número de pacientes classificados pelo enfermeiro NÃO treinado</b>	<b>Sensibilidade para a cor</b>	<b>Especificidade para a cor</b>	<b>Kappa</b>	<b>Grau de concordância</b>
Vermelho	28	16	57%	95%	0,669	Forte
Laranja	59	42	71%	92%	0,614	Forte
Amarelo	64	34	53%	86%	0,475	Moderado
Verde	62	43	69%	90%	0,503	Moderado
Azul	57	50	88%	97%	0,777	Forte

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 14 demonstra a concordância entre os enfermeiros treinados e os dados de registros do prontuário quanto à definição de prioridade clínica da usuária. Enquanto os números na diagonal da tabela representam situações de total concordância entre os enfermeiros e dados do prontuário, valores abaixo e acima da diagonal mostram discrepâncias quanto à definição de prioridade clínica, demonstrando a superestimação e a subestimação.

Assim como na tabela 10 e 12, essa tabela também demonstra superestimação ou subestimação em todos os níveis de prioridade, mas dessa vez são os enfermeiros treinados que estão sendo comparados com dados do prontuário, dados esses que representam a classificação realizada pelo Enfermeiro da instituição em tempo real e foram compilados na íntegra para realização do teste e reteste. Nessa tabela o vermelho representou um dado preocupante visto que é a prioridade máxima de urgência para atendimento e 57% das pacientes foram subestimadas para o laranja, amarelo e verde.



**Tabela 14 - Análise da concordância absoluta entre enfermeiros treinados versus a classificação da paciente definida no prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**

Classificação definida pelo enfermeiro treinado	Classificação definida pelo prontuário					Total
	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	
Vermelho	12	0	0	1	0	13
Laranja	11	42	4	0	0	57
Amarelo	2	13	46	10	1	72
Verde	3	4	12	47	15	81
Azul	0	0	2	4	41	47
Total	<b>28</b>	<b>59</b>	<b>64</b>	<b>62</b>	<b>57</b>	<b>270</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 15 descreve a sensibilidade, especificidade, grau de concordância e os índices de Kappa para a prioridade clínica da classificação de risco. Essa análise buscou a concordância em que **Enfermeiros treinados** tiveram em comparação com os **dados do prontuário**.

No nível de prioridade “vermelho”, a concordância entre os dados coletados dos **prontuários** e os **Enfermeiros treinados** foi considerada moderada (Kappa 0,556); a sensibilidade foi baixa (43%), demonstrando que menos da metade das pacientes classificadas como “vermelho” de acordo com dados do prontuário também foi classificada como “vermelho” pelo **Enfermeiro treinado**, dentre todas as prioridades clínicas analisadas nesse grupo, esse foi o pior resultado. Por outro lado, a especificidade foi alta (94%), garantindo ter um valor baixo de falso positivo.

No nível de prioridade “laranja”, a concordância entre os dados coletados dos **prontuários** e os dados dos **Enfermeiros treinados** foi considerada forte (Kappa 0,649). A sensibilidade foi de (71%), demonstrando uma sensibilidade superior comparada à prioridade “vermelho”, o que permite dizer que grande parte das pacientes classificadas como “laranja” de acordo com os dados do prontuário foram classificadas como “laranja” pelo **Enfermeiro treinado**. A especificidade foi de (92%) , garantindo ter um valor baixo de falso positivo.

No nível de prioridade “amarelo”, a concordância entre os dados coletados dos **prontuários** e os dados dos **Enfermeiros treinados** foi considerada moderada (Kappa 0,568); a sensibilidade correspondeu a (72%), confirmando que grande parte das pacientes classificadas como “amarelo” através dos **dados do prontuário** foram classificadas como “amarelo” pelo **Enfermeiro treinado**. A especificidade foi de 91%, garantindo ter um valor baixo de falso positivo.

No nível de prioridade “verde”, a concordância entre os dados coletados dos **prontuários** e os dados do **Enfermeiro treinado** foi considerada moderada (Kappa 0,537). Entre as demais prioridades clínicas, esse foi o índice mais baixo, demonstrando maior probabilidade de superestimação e subestimação nesse nível de prioridade . A sensibilidade foi satisfatória correspondendo a (76%), confirmando que grande parte das pacientes classificadas como “verde” através dos **dados do**

**prontuário** também foi classificada como “verde” pelo **Enfermeiro treinado**. A especificidade foi de (92%), garantindo ter um valor baixo de falso positivo.

No nível de prioridade “azul”, a concordância entre os dados coletados dos **prontuários** e os dados do **Enfermeiro treinado** foi considerada forte (Kappa 0,739), sendo o melhor índice comparado com as demais cores da classificação. A sensibilidade correspondeu a (72%), confirmando que grande parte das pacientes classificadas como “azul” através dos dados do prontuário também foi classificada como “azul” pelo Enfermeiro treinado. A especificidade foi elevada (93%), garantindo ter um valor baixo de falso positivo.

**Tabela 15 - Análise da concordância entre enfermeiros treinados *versus* a classificação da paciente definida no prontuário, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020**

<b>Cor de classificação</b>	<b>Número de pacientes classificados pelo prontuário</b>	<b>Número de pacientes classificados pelo enfermeiro treinado</b>	<b>Sensibilidade para a cor</b>	<b>Especificidade para a cor</b>	<b>Kappa</b>	<b>Grau de concordância</b>
<b>Vermelho</b>	28	12	43%	94%	0,556	Moderado
<b>Laranja</b>	59	42	71%	92%	0,649	Forte
<b>Amarelo</b>	64	46	72%	91%	0,568	Moderado
<b>Verde</b>	62	47	76%	92%	0,537	Moderado
<b>Azul</b>	57	41	72%	93%	0,739	Forte

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 16 resume o grau de concordância entre todos os grupos relacionados. Foram avaliados a concordância e o coeficiente kappa para a análise dos fluxogramas e das classificações de risco nas comparações de Enfermeiro treinado *versus* não treinado; Enfermeiro treinado *versus* dados do prontuário e Enfermeiro não treinado *versus* dados do prontuário.

A concordância nos fluxogramas entre os dados coletados dos **Enfermeiros treinados** e os dados dos **Enfermeiros não treinados** foi considerada perfeita (Kappa 0,821), correspondendo à concordância bruta de 87%, ou seja, dos 270 casos analisados nesta pesquisa, 235 tiveram concordância em relação à definição do fluxograma.

Quanto à classificação de risco, a concordância entre os dados coletados e comparados entre os **Enfermeiros treinados versus não treinados** foi considerada moderada (68%; índice de Kappa = 0,588).

Já a concordância entre os dados coletados do **prontuário** e os **Enfermeiros treinados** foi considerada (Kappa (0,611), sendo considerado um bom índice em estudos de confiabilidade. A concordância bruta correspondeu a 70%.

Por fim, com relação a concordância entre os dados coletados do **prontuário** e os **Enfermeiros não treinados** foi considerada moderada (Kappa 0,599), valor um pouco mais baixo quando comparado com os Enfermeiros treinados. A concordância bruta correspondeu a 69%.

Tabela 16 - Resumo dos graus de concordância, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020

Fluxograma e classificação de risco	Tipo de comparação	Nº de pacientes com concordância perfeita	Taxa bruta de concordância	Kappa	Grau de concordância
<b>Tipo de fluxograma</b>	Enfermeiro treinado <i>versus</i> NÃO treinado	235	87%	0,821	Perfeito
<b>Classificação</b>	Enfermeiro treinado <i>versus</i> NÃO treinado	184	68%	0,588	Moderado
<b>Classificação</b>	Enfermeiro treinado <i>versus</i> prontuário	188	70%	0,611	Forte
<b>Classificação</b>	Enfermeiro NÃO treinado <i>versus</i> prontuário	185	69%	0,599	Moderado

Fonte: Dados da pesquisa.

## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 6.1 Caracterização dos Enfermeiros

Dos participantes da pesquisa, a média de idade foi de 38,8 anos para os Enfermeiros não treinados e de 32,7 anos para os Enfermeiros treinados. Os dados encontrados neste estudo corroboram com as informações do portal COFEN sobre o perfil da Enfermagem no Brasil, sendo que 40% do seu contingente apresenta idade entre 36-50 anos o que significa dizer que a equipe de enfermagem é, predominantemente, jovem (COFEN, 2020).

Outros dois estudos que analisaram aspectos sócio demográficos dos Enfermeiros corroboram com esses dados. Machado *et al.* (2015) realizaram um estudo transversal com objetivo de analisar os aspectos sócio demográficos dos profissionais de enfermagem no Brasil em diversos cenários e destacaram que 40% da equipe de Enfermagem tem idade entre 36-50 anos, sendo que 38% está na faixa etária entre 26-35 anos e a média de idade entre todos os participantes do estudo (61,7%) foi de 40 anos.

Duro, Lima e Weber (2017) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a opinião dos enfermeiros sobre a classificação de risco em serviços de urgência no Brasil através de uma abordagem exploratória e quantitativa. Dos Enfermeiros que participaram dessa pesquisa, a idade média foi de 38 anos. Assim, é possível perceber que a equipe de enfermagem da atualidade é, predominantemente, jovem.

Quanto à experiência profissional dos entrevistados, ocorreu uma variação de 9,0 anos para o Enfermeiro não treinado em classificação de risco e 4,4 anos para o Enfermeiro treinado em classificação de risco. Dos participantes, fica claro que enfermeiros treinados eram mais novos e com menor tempo de atuação profissional. Partindo desse pressuposto, ainda não existe uma normativa dos conselhos de Enfermagem tanto no âmbito nacional como regional relacionado à exigência do tempo de experiência profissional para que o Enfermeiro atue na classificação de risco; explicitam a importância da capacitação, mas não regulamentam qual precisaria ser o quantitativo de horas para que o Enfermeiro seja considerado habilitado para atuar em classificação de risco.

Dentre as normativas sobre a participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Risco estão a resolução COFEN Nº 423/2012 e o parecer da

Câmara Técnica do COFEN Nº 041/2020. As duas normativas consideram imprescindível a qualificação e atualização, específica e continuada, do Enfermeiro para atuar no processo de classificação de risco e reforçam que o mesmo deva estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades técnicas que garantam rigor técnico-científico para que possa atuar de forma responsável e segura, mas não regulamentam o quantitativo de horas nem tampouco a necessidade de experiência profissional para tal atuação (COFEN, 2012, 2020).

Assim como nas normativas, a literatura não designa qual seria o tempo de experiência necessário para tal atuação, mas destaca a extrema importância de que seja averiguadas as habilidades técnicas do enfermeiro. Em um estudo realizado por Souza *et al.* (2011), eles reforçam essa afirmativa e ressaltam que para o Enfermeiro atuar com CR necessita ter habilidade de escuta, avaliação, saber fazer um correto registro da queixa principal, ter raciocínio clínico e ser ágil nas decisões a serem tomadas, para que assim possa haver um efetivo e correto encaminhamento das pacientes.

Sabe-se que essas habilidades profissionais vão sendo construídas e aprimoradas ao longo dos dias, meses e anos de experiência, fato é que a experiência profissional mesmo não declarada, associada ao treinamento específico para utilização dos protocolos de CR podem ser considerados como padrão ouro para atuação do profissional de Enfermagem enquanto gerenciador do primeiro atendimento e essas habilidades necessitam ser aprimoradas rotineiramente já que uma decisão errada pode trazer impactos negativos para a usuária, para o profissional de saúde e para o sistema de saúde.

Corroborando com a afirmativa supracitada Benner, 1982 ressalta que a complexidade dos cuidados e a responsabilidade da equipe de enfermagem frente aos desafios clínicos demandam um desenvolvimento profissional constante, essa mesma autora reforça que o Enfermeiro se favorece das informações adquiridas por intermédio da vivência clínica, mas não deve abrir mão do conhecimento teórico, deve saber reconhecer a necessidade de atualização contínua do conhecimento científico e das evidências da área da saúde, e que tais fatores poderão promover desenvolvimento constante e elevado desempenho de atuação na prática da Enfermagem (BENNER, 2009).



## 6.2 Características dos atendimentos realizados na classificação de risco

O perfil demográfico das gestantes no Brasil tem apresentado mudança nos últimos anos. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através de um levantamento com base nos registros de nascidos vivos realizados pelos Cartórios de Registro Civil de Pessoas Naturais de todo o país entre os anos 2010 e 2019, as maiores proporções de nascidos vivos foram de mulheres que na ocasião do parto apresentavam as faixas etárias de 22 a 24 anos (24,5%), 25 a 29 anos (23,8%) e 30 a 34 anos (21,1%) (IBGE, 2019).

Perpassando essa análise para o perfil das usuárias envolvidas no estudo, em relação à idade, a maioria das pacientes tinha entre 21 e 33 anos; a idade variou de 14 a 45 anos, com média de 27 e mediana de 26 anos. Dados esses que corroboram com a realidade nacional, visto que a idade que preponderou no estudo foi entre 21 e 33 anos (70%), assim como os dados do IBGE, onde a idade variou entre 22 e 34 anos, representando (69,4%).

Trazendo esses dados para Minas Gerais, foi possível verificar novamente a proximidade dos percentuais, visto que no ano de 2019 a idade que teve maior proporção de nascimentos em Minas Gerais foi entre 25 a 29 anos de idade (24,0%), seguido por 30 a 34 anos (22,9%). O IBGE afirma que no ano de 2019 houve redução de partos em mulheres com idade inferior a 30 anos em relação a anos anteriores e, conseqüentemente, a ampliação de partos em mulheres na faixa de 30 a 39 anos (IBGE, 2019).

Esses percentuais mostram um tardiamiento da fecundidade no estado, assim como no Brasil, e comprovam redução nos índices de gravidez na adolescência, considerada como um problema de saúde pública. Contudo, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a despeito dessa diminuição, o Brasil ainda apresenta índices elevados de gravidez na adolescência quando comparado com outros países da América Latina, como o Chile e Argentina (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS POPULATION FUND; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2017).

De acordo com Dias e Teixeira (2010), a gravidez na adolescência pode estar relacionada a complicações na gestação, parto e no puerpério. As repercussões da gravidez precoce envolvem também danos psicossociais, já que a adolescente

necessita assumir novas responsabilidades e cuidar de uma família, o que pode contribuir para o abandono escolar e a perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão.

Outros dados demográficos importantes, além da idade materna, são a paridade e a idade gestacional. Com base nos dados desta pesquisa, em relação à paridade, a maior concentração foi de primigestas. Chama a atenção o fato da procura no pronto atendimento ter sido principalmente por primigestas.

Em um estudo quantitativo e exploratório realizado com 17 primigestas em uma estratégia de saúde da família (ESF) no Recife, conduzido por Nunes *et al.* (2018), destacou-se que a primeira gestação representa um ciclo na vida da mulher em que aparecem diversas dúvidas e anseios e demandam um cuidado mais específico, por ser um evento novo que altera desde o emocional ao físico, faz com que muitas incertezas surjam, pois a mesma necessita se adequar a um novo estilo de vida que se inicia após a descoberta da gravidez.

Vale ressaltar que esses anseios podem ser solucionados, em sua grande maioria, por intermédio da assistência pré-natal adequada, que representa uma importante ferramenta no período gestacional, tanto para a detecção de alterações que possam surgir, quanto para abordagem oportuna de todos anseios durante o período gestacional, independente da paridade. Além disso, caso seja necessário o referenciamento, este deve acontecer de forma responsável a um nível de maior complexidade, independentemente da idade gestacional. Finalmente, um pré natal eficiente reduz a chance de as mulheres buscarem o serviço de urgência e emergência sem a real necessidade.

De acordo com a Prefeitura de Belo Horizonte (2019), a assistência durante o pré-natal deve incluir ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, além do diagnóstico e tratamento das intercorrências que possam aparecer durante este período. A avaliação cuidadosa da gestante, incluindo a valorização de suas queixas, a observação de sinais de alerta durante exame clínico, assim como a realização de exames complementares preconizados e orientações para o seu autocuidado são importantes ferramentas para garantir o bem-estar materno e fetal durante o pré-natal, parto e pós-parto.

Outro fator que pode justificar o número acentuado de primigestas é a queda nas taxas de fecundidade. De acordo com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2018), o Brasil passou por uma acelerada queda de fecundidade

nas últimas décadas, chegando a uma média atual de 1,7 filhos por mulher, sendo exemplos de fatores responsáveis por essa queda a melhoria no acesso a serviços em saúde sexual e reprodutiva e a melhoria nos índices socioeconômicos.

Quanto à idade gestacional, a distribuição de mulheres que buscaram o pronto atendimento estavam, em sua maioria com 40 semanas ou mais de gestação. Em obstetrícia, determinar a idade gestacional na chegada da usuária é de extrema importância, já que o parto antes do termo, ou seja, antes de 37 semanas completas, pode desencadear desfechos adversos que comprometem a saúde do neonato e podem desencadear repercussões socioeconômicas, através da alta demanda de unidades de tratamento intensivo neonatal e necessidade de acompanhamento especializado posteriormente, podendo perpassar até os setores da economia, da saúde, da cidadania e do mercado de trabalho (COSTA *et al.*, 2015; ZAINAL *et al.*, 2019).

Dados da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2019), indicam que no Brasil nascem cerca de 340 mil bebês prematuros a cada ano, sendo o equivalente a 931 por dia ou a 6 prematuros a cada 10 minutos. Assim, identificar na CR mulheres que apresentam risco iminente relacionado ao nascimento prematuro poderá propiciar o atendimento oportuno já na chegada da mulher, visto que o risco de complicações neonatais é inversamente proporcional à IG. A cada semana que o feto permanece dentro do útero, ocorrem avanços significativos em seu desenvolvimento e há redução na gravidade e intercorrências neonatais (ARAUJO *et al.*, 2012).

Outra variável avaliada no estudo foram as principais queixas apresentadas pelas usuárias que buscaram consulta no pronto atendimento obstétrico e, dentre as que tiveram maior percentual, destacam-se: contrações, perda de líquido via vaginal e alteração da pressão arterial.

As principais queixas apresentadas pelas pacientes e registradas pelos enfermeiros, segundo a nomenclatura, refletem os fluxogramas utilizados na reclassificação de risco. O que chama a atenção é que, dentre as principais queixas, está o aumento dos níveis pressóricos em terceiro lugar e esse, por sua vez, representa um discriminador e não fluxograma. Talvez essa análise sirva de suporte para que, em futuras revisões do protocolo, seja avaliada a possibilidade de incluir o aumento dos níveis pressóricos como fluxograma devido a relevância dessa queixa na obstetrícia.

De acordo com Poon et al. (2019), os distúrbios hipertensivos na gravidez assumem um caráter multissistêmico e afetam de 2% a 5% das mulheres grávidas, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. Em todo o mundo, 76.000 mulheres e 500.000 bebês morrem a cada ano devido a esse distúrbio.

No Brasil, a realidade é diferente: a cada quatro mortes maternas, uma se deve a complicações relacionadas aos distúrbios hipertensivos na gravidez, ocupando o primeiro lugar entre as causas de morte materna no país (LIMA *et al.*, 2016). Segundo o Boletim Epidemiológico de Morte Materna, a hipertensão, a hemorragia, as infecções puerperais, as doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério e o aborto são as cinco principais causas de morte materna no Brasil (BRASIL, 2020).

Partindo dessa análise, é de extrema importância a aferição dos níveis pressóricos de todas as gestantes que dão entrada em um pronto atendimento obstétrico, além da análise acurada dos demais dados vitais.

Outro dado vital avaliado no estudo foi a queixa de dor. Quarenta e três por cento das usuárias referiram algum tipo de dor, dados que corroboram com a queixa principal apresentada pelas usuárias, que foi contrações. É importante ressaltar que o protocolo de A&CR-O recomenda a utilização da escala visual analógica (EVA) em todos os atendimentos de CR, mas os dados desta pesquisa demonstram que 28% das usuárias não tiveram nenhum registro da intensidade dolorosa no momento da CR (BRASIL, 2017).

Mesmo com a ausência de análise da dor em 28% dos casos avaliados, essa queixa esteve presente em quase metade dos atendimentos ( $n = 270 / 43\%$ ) e denota a importância de ser aferida. Na literatura não foram encontrados dados relativos à utilização da escala da dor em atendimentos de CR em obstetrícia, mas foram encontrados estudos que também citam a dor como um dado clínico frequente em atendimentos de urgência e emergência.

No estudo de Lee *et al.* (2006) verificou-se que, dos usuários atendidos em uma unidade de urgência de um hospital geral australiano, 152 (62,6%) deram entrada devido queixa de dor. Em outro estudo, realizado por Brilhante *et al.* (2016), a dor foi o sintoma principal relatado pelas usuárias que buscaram atendimento em um pronto atendimento obstétrico de um hospital na cidade de Fortaleza / Ceará ( $n=234/42,1\%$ ).

A ocorrência de dor não pode ser negligenciada em obstetrícia e, de acordo com Shah *et al.* (2015), vários fatores podem desencadear dores no período gestacional, entre elas está a tensão mecânica do útero gravídico e consequente ajuste da lordose lombar. Além disso, o aumento do ganho de peso e a frouxidão dos ligamentos pélvicos devido à influência da relaxina podem causar ainda mais dor pela combinação de uma amplitude de movimento exagerada nessas articulações, distensão e aumento da tensão mecânica.

No período da gravidez, em função das alterações anatômicas e fisiológicas, é necessária a correta avaliação e utilização da escala da dor. Segundo o protocolo utilizado neste estudo, o enfermeiro deve interrogar a paciente quanto à intensidade da dor, sendo que 0 (zero) significa ausência total de dor e 10 (dez) significa o nível de dor máxima suportável ou imaginado pela paciente; essa interrogação deve ocorrer por meio de uma linguagem de fácil entendimento, utilizando discriminadores que possam nortear a identificação da dor pelas usuárias tais como: “sua dor interfere você realizar atividades de seu cotidiano?”, “sua dor está lhe impedindo de andar?”, “essa dor é algo que está fixado em seu pensamento não permitindo pensar em algo mais?”. Além da linguagem, a busca por conhecimento sobre as técnicas de avaliação da dor por parte dos profissionais existentes na literatura pode favorecer na correta identificação da intensidade dolorosa dessa usuária (BRASIL, 2017).

### **6.3 Características da classificação de risco abordando a identificação por cores e fluxograma**

Para definição da reclassificação de risco das pacientes, foi preciso ter como base os registros realizados em prontuários pelos enfermeiros da classificação. Para isso, tornou-se necessária a definição de critérios clínicos tais como: a queixa principal, dados obstétricos e avaliação dos dados vitais (níveis pressóricos, frequência respiratória, frequência cardíaca, avaliação da temperatura corporal e avaliação da dor). Estes critérios facilitam a avaliação e definem grande parte dos discriminadores do protocolo, favorecendo a análise da prioridade clínica por cores.

Esses dados foram selecionados com o intuito de contemplarem todas as informações obrigatórias de preenchimento na ficha de avaliação da CR feita pelo enfermeiro que leva a definição do fluxograma, discriminador e prioridade clínica. Fato é que essa padronização na coleta ofereceu maior realismo e aproximação

com o que ocorre na prática clínica já que a abordagem realística não foi realizada devido restrições do contexto da pandemia do Coronavírus.

O número total de atendimentos realizados no período da coleta de dados foram 17690. Observou-se que, dentre esses, os casos não urgentes sobressaíram quando comparados com os casos mais urgentes, sendo que dentre as prioridades clínicas o “verde” e “azul” representaram 10773 atendimentos (60,90%) e os casos urgentes, 6917 atendimentos (39,1%).

Esses dados são compatíveis com o estudo de Figueiroa *et al.* (2017), no qual a operacionalização do protocolo de classificação de risco em uma maternidade escola no estado de Pernambuco foi avaliada. As prioridades clínicas “vermelho”, “laranja” e “amarelo”, totalizaram apenas 31% dos atendimentos, enquanto que as classificações “verde” e “azul”, totalizaram 69% dos casos. De maneira semelhante, Brilhante *et al.* (2016), avaliaram 736 mulheres atendidas na emergência obstétrica, registrando que o percentual de casos não urgentes constituiu a maioria dos atendimentos (503 atendimentos; 70,6% dos casos); os casos urgentes representaram um percentual de apenas 29,4%.

Esses dados demonstram que o pronto atendimento recebe uma demanda significativa de casos não urgentes, em regiões e maternidades diferentes, sugerindo possíveis falhas do sistema de saúde, visto que casos não urgentes devem receber atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS).

No estado de São Paulo foi realizado um estudo entrevistando profissionais de saúde para compreender quais seriam as falhas que ocorrem na atenção primária que fazem com que os usuários busquem o atendimento hospitalar. Dentre as respostas dos profissionais, as falhas envolvem desde diagnóstico, falta de profissionais, falta de acolhimento, até a falha na busca ativa (PAULA *et al.*, 2014).

Do mesmo modo, Von Randow *et al.* (2011) ressaltam que entre os desafios relacionados aos fluxos de pacientes que emergem da APS para as unidades de pronto atendimento está o desejo de solucionar os problemas de saúde, ainda que não sejam urgentes ou emergenciais e a dificuldade do encaminhamento, o que impede o direcionamento dos usuários não urgentes que buscam atendimento nos serviços de pronto atendimento.

Segundo Dal Pai e Lautert (2011), o usuário é orientado a buscar atendimento na APS, mas quando busca e não encontra resolutividade, retorna ao pronto atendimento. Outro ponto levantado pelos autores refere-se à fragmentação da rede

e falhas constantes na comunicação, que ocorrem nos três níveis de atenção à saúde. Acosta e Lima (2015) afirmam que essa busca constante dos usuários pelos serviços de emergência por casos de menor prioridade clínica indica falhas na utilização da rede de atenção à saúde e demonstra a vulnerabilidade das pessoas que necessitam de cuidados repetidas vezes.

Nascimento *et al.* (2011) ressaltam que o desconhecimento da população relacionado aos fluxos de atendimento e a utilização inadequada dos mesmos faz com que a CR realizada nos casos de menor prioridade se torne superficial e promova um atendimento inadequado em alguns momentos.

Por fim, é possível perceber que existe uma grande necessidade de redução da demanda espontânea nas prioridades clínicas não urgentes na rede hospitalar, mas somente será possível quando houver pactuações robustas entre a APS e a rede hospitalar que garantam a continuidade e o acesso dessa usuária em todos os níveis de atenção, o que promoveria reorganização dos processos de trabalho e melhoria no atendimento, reduzindo a superlotação e o tempo de espera.

#### **6.4 Identificação das concordâncias e discordâncias entre os resultados da classificação de risco entre os enfermeiros treinados e enfermeiros não treinados**

A avaliação da concordância interavaliadores reflete o grau de confiabilidade do protocolo de A&CR e esse, por sua vez, remete a um dado de extrema importância que é o reconhecimento precoce da deterioração do quadro clínico de uma paciente.

A confiabilidade interavaliadores possibilita a verificação do grau de correspondência entre as avaliações independentes de dois ou mais enfermeiros que classificam o mesmo paciente, utilizando o mesmo instrumento (POLIT; BECK, 2018).

De acordo com Giovannetti (1979), vários enfoques estatísticos podem ser utilizados para se determinar a confiabilidade entre avaliadores. Entre os métodos mais usualmente empregados estão: a porcentagem de concordância entre especialistas; o índice Kappa e o Coeficiente de Correlação de Pearson. A escolha do método depende do tipo de sistema de classificação empregado e dos dados resultantes (PERROCA, GAIDZINSKI, 2002).

Neste estudo, o coeficiente de Kappa foi utilizado para definição da confiabilidade interavaliadores. Adicionalmente, a sensibilidade foi utilizada com a finalidade de mensurar a capacidade de identificar se as usuárias classificadas nos níveis de maior urgência obtiveram uma classificação subestimada e a especificidade foi utilizada para avaliar a capacidade dos enfermeiros identificarem precisamente o grau de urgência no atendimento (PERROCA; GAIDZINSKI, 2002).

Assim, os resultados do estudo demonstraram que o grau de confiabilidade interavaliadores foi considerado de moderado a forte representado pelo coeficiente Kappa que variou entre (0,47 e 0,77), foi observado também uma tendência na subestimação do grupo prioritário vermelho, e uma tendência de superestimação e subestimação nas prioridades clínicas amarelo e verde. Apesar de ter acontecido casos de subestimação e superestimação em todos os níveis de prioridade clínica não ocorreram diferenças significativas nos grupos de enfermeiros treinados *versus* não treinados para utilização do protocolo de A&CR-O. Assim, os resultados desta dissertação corroboram com a hipótese que o protocolo de A&CR – O é confiável para o que se propõe.

Como caráter comparativo, em dois estudos realizados por Veen *et al.* (2011) e Grouse *et al.* (2008), a confiabilidade do MTS entre observadores e a concordância variaram entre os níveis de prioridade moderada a quase perfeita utilizando Kappa. No estudo de Veen *et al.* (2011), os índices variaram entre 0,65 a 0,83, considerado como concordância substancial a quase perfeita; no estudo conduzido por Grouse *et al.* (2008), o Kappa variou entre 0,40 a 0,80 considerado como concordância moderada a quase perfeita, dados esses semelhantes aos encontrados no presente trabalho.

Em relação à escolha do fluxograma, tanto pelo enfermeiro treinado quanto pelo enfermeiro não treinado, foi identificada concordância perfeita, esse percentual demonstra que os dois grupos de enfermeiros não tiveram dificuldade na escolha do fluxograma, fato que pode ter sido facilitado pela queixa da usuária ser específica para obstetria alinhado a um protocolo específico para este mesmo público alvo, sendo considerado um fator positivo visto que essa escolha é que vai determinar a definição da prioridade clínica da paciente.

Quanto aos níveis de prioridade clínica, a concordância variou de moderada a forte, demonstrando que apesar dos casos em que ocorreram superestimação e subestimação, na análise total foi possível verificar que os dois grupos de



enfermeiros tiveram resultados semelhantes, demonstrando uma boa concordância interavaliadores.

Os resultados da pesquisa podem ser comparados e demonstram semelhança na literatura. Em um estudo multicêntrico proposto por Van Der Wulp, Van Baar e Schrijvers (2008), realizado em hospitais gerais na Holanda, as CR realizadas através da coleta de dados foram comparadas com as de dois especialistas holandeses em Manchester para medir a confiabilidade entre avaliadores. Os resultados demonstraram que a confiabilidade foi substancial (Kappa ponderado 0,62) e a confiabilidade teste-reteste foi alta (coeficiente de correlação intraclassa 0,75). A confiabilidade não foi influenciada pela experiência de trabalho dos enfermeiros e a subtriagem ocorreu, demonstrando uma sensibilidade para pacientes urgentes de 53,2% e a especificidade de 95,1%.

De modo semelhante, Souza, Araujo e Chianca (2015), em um estudo de revisão acerca da validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester (MTS), demonstraram confiabilidade interobservadores variando de substancial a quase perfeita, com Kappa entre 0,65 e 0,84. Em relação à sensibilidade e especificidade, os autores concluíram que os estudos encontrados mostram resultados variados, e parecem apontar para níveis equivalentes e satisfatórios de sensibilidade e especificidade do instrumento.

Malfussi *et al.* (2018), através de estudo um transversal realizado na unidade de emergência adulto de um hospital geral do Estado de Santa Catarina, registraram concordância substancial na aplicação de um protocolo institucional, sendo evidenciada uma concordância quase perfeita em todos os níveis de classificação. Também foram encontrados casos de subestimação nos quais os usuários deveriam ser classificados em níveis de atendimento de maior prioridade.

Assim como descrito na literatura, os dados da pesquisa demonstraram que ocorreram casos superestimação e subestimação em todas as prioridades clínicas com maior destaque para as prioridades “vermelho” onde apresentou um número elevado e subestimação, e nas prioridades “amarelo” e “verde” onde ocorreram casos tanto de superestimação como subestimação. Podendo ser considerado um fator preocupante já que o maior percentual de subestimação ocorreu no grupo “vermelho”, considerado emergente. Para melhor compreensão segue o detalhamento abaixo por prioridade clínica.

No nível de classificação emergente representado pela cor “vermelho”, na análise dos Enfermeiros treinados *versus* não treinados, houve discordância em apenas dois casos (15%), com boa sensibilidade e especificidade. Porém, quando os dois grupos de Enfermeiros foram avaliados separadamente comparando com dados do prontuário, a sensibilidade diminuiu consideravelmente, mantendo boa especificidade. Para o Enfermeiro treinado, a discordância ocorreu em 16 casos (57%); desses, 69% foram classificadas como “laranja”. Para o Enfermeiro não treinado, a discordância ocorreu em 12 casos (43%), desses, 75% foram também classificadas como “laranja”.

Por ser um nível de classificação prioritário “vermelho”, os erros demonstram que o risco atribuído foi menor que o risco apresentado pela usuária no momento da avaliação, por mais que grande parte dessas usuárias tenham sido classificadas como “laranja” ao invés de “vermelho”, houve uma subestimação na metade das classificações por parte dos dois grupos de Enfermeiros quando comparados com dados do prontuário, podendo impactar negativamente no resultado final da assistência.

No nível de classificação muito urgente representado pela cor “laranja”, na análise dos Enfermeiros treinados *versus* não treinados, houve discordância em 15 casos 26%, com boa sensibilidade e especificidade, sendo que desses 5 foram subestimados para o vermelho e 6 foram subestimados para o amarelo e 4 subestimados para o verde. Na análise dos dois grupos de Enfermeiros comparando com dados do prontuário, a sensibilidade e a especificidade mantiveram-se com bons níveis.

Com relação as discordâncias tanto os Enfermeiros treinados quanto os não treinados apresentaram 17 discordâncias (29%) no “laranja”, desse percentual, 13 foram subestimadas para “amarelo” e 4 foram subestimadas para o “verde” no grupo de Enfermeiros treinados. No grupo de Enfermeiros não treinado, 1 foi superestimada para o “vermelho”, 9 foram subestimadas para o “amarelo”, 6 foram subestimadas para o “verde” e 1 foi subestimada para o “azul”. O “laranja” também é considerado um nível prioritário e os erros demonstram novamente que o risco atribuído foi menor que o risco apresentado pela usuária no momento da avaliação, e, novamente, apesar de ser em um número bem mais baixo quando comparado com o “vermelho” ocorreu subestimação por parte dos dois grupos de Enfermeiros quando comparado com dados do prontuário.

No nível de classificação urgente representado pela cor “amarelo”, na análise dos Enfermeiros treinados *versus* não treinados, houve discordância em 33 casos (45,8%), com baixa sensibilidade e boa especificidade, sendo 16 superestimações para o “laranja” e 17 subestimações para o “verde”. Na análise dos dois grupos de Enfermeiros, comparando com dados do prontuário, a sensibilidade e a especificidade foram boas para o Enfermeiro treinado e para o grupo não treinado a sensibilidade foi baixa, mas com uma boa especificidade.

Para o Enfermeiro treinado a discordância foi de 18 casos (28%); para o Enfermeiro não treinado, a discordância foi de 30 casos (49%). Identificou-se discrepância entre os dois grupos, visto que o grupo não treinado apresentou um percentual quase 20% mais elevado de discordância em relação ao grupo treinado. Desse percentual, 4 casos foram classificados como “laranja”, 12 foram classificadas como “verde” e 2 foram classificados com “azul” pelo grupo de Enfermeiro treinado. No grupo de Enfermeiro não treinado, 8 casos foram classificados como “laranja”, 19 foram classificadas como “verde” e 3 foram classificadas como azul, novamente um grupo prioritário tendo avaliações que demonstraram que o risco atribuído foi inferior ao risco apresentado pela usuária.

No nível de classificação pouco urgente representado pela cor “verde”, na análise dos Enfermeiros treinados *versus* não treinados houve discordância em 31 casos (38%), com boa sensibilidade e especificidade. Na análise dos dois grupos de Enfermeiros, comparando com dados do prontuário, a sensibilidade e a especificidade foram boas para o Enfermeiro treinado e para o grupo não treinado a sensibilidade foi mediana, mas com uma boa especificidade.

Para o Enfermeiro treinado a discordância ocorreu em 15 casos (24%) ; para o Enfermeiro não treinado, observou-se discordância em 19 casos (31%), sendo um percentual de discordância bastante semelhante nos dois grupos. Desse percentual, 1 foi classificada como “vermelho”, 10 foram classificadas como “amarelo” e 4 foram classificadas como “azul” no grupo de Enfermeiro treinado. No grupo de enfermeiros não treinado, 1 foi classificada como “vermelho”, 2 foram classificadas como laranja, 6 foram classificadas como “amarelo” e 10 foram classificadas como “azul”. Apesar da discordância ter sido similar nos grupos de enfermeiros, ocorreu uma maior diversidade de superestimação e também de subestimação para esse grupo de prioridade clínica, o que pode sugerir ser um grupo de maior dificuldade para interpretação e definição do risco atribuído.

No nível de classificação não urgente representado pela cor “azul”, na análise dos Enfermeiros treinados *versus* não treinados, houve discordância em cinco casos (11%), com boa sensibilidade e especificidade. Na análise dos dois grupos de Enfermeiros comparando com dados do prontuário, a sensibilidade e a especificidade permaneceram em bons níveis. Para o Enfermeiro treinado, a discordância foi observada em 16 casos, desses 15 foram classificadas como “verde” e 1 “amarelo”. O Enfermeiro não treinado apresentou discordância em 7 casos (12%), desses 6 foram classificadas como “verde” e 1 foi classificada como “amarelo”. Os erros demonstram um menor percentual de falha, como esse é o grupo de menor prioridade, também é considerado um grupo de menor risco, o que provavelmente favoreceu a uma maior probabilidade de concordância quando comparado com as demais cores.

Segundo Toledo (2009), a subestimação do risco é considerada preocupante independentemente do nível de prioridade, mas quando ocorre na cor “vermelha”, pode ser considerada ainda mais grave, já que aquela usuária que deveria ter sido atendida de imediato permaneceu aguardando por alguns minutos. Mesmo que as usuárias deste estudo tenham sido subestimadas para a cor “laranja”, considerada como prioridade muito urgente, considera-se ainda preocupante tal subestimativa.

A superestimação pode fazer com que usuárias sejam classificadas com maior nível de prioridade desnecessariamente, gerem alta demanda de casos prioritários fazendo com que o tempo de espera das usuárias que realmente demandem um atendimento prioritário seja maior e esse fator pode contribuir para o agravamento da usuária e causar alta demanda de casos urgentes indevidamente. A subestimação ou a superestimação podem impactar no tempo de espera dos pacientes no pronto-socorro após a triagem, causando um provável atraso para aqueles classificados como mais urgentes (PARENTI *et al.*, 2014).

Um fato que chama a atenção nos resultados do estudo é que quando avaliado os dados das classificações dos dois grupos de Enfermeiros comparados com os dados do prontuário, foi evidente o aumento dos casos de superestimação e subestimação. A escuta qualificada em tempo real pode promover um melhor direcionamento para a identificação dos riscos em que essa usuária se apresenta e promoverá uma maior responsabilização desse profissional buscando respostas ao problema apresentado, quando se trabalha com informações no formato de simulação o distanciamento pode originar dúvidas que interfiram na definição precisa

da prioridade clínica, demonstrando assim o quão é importante a promoção do cuidado em CR através de uma escuta qualificada.

Para melhor compreensão dos fatores que contribuem para que os Enfermeiros subestimem ou superestimem a classificação de risco, foi feita uma busca para justificar dentro de alguns estudos quais poderiam ser as possíveis causas, essa busca aconteceu com base em protocolos diversos, devido inexistência de literatura específica em obstetrícia com essa temática.

Silva *et al.* (2017), e analisaram que diversos protocolos de triagem, falhas relacionadas a subestimação e/ ou superestimação não estão relacionadas com o tempo de formação, tempo de experiência nos serviços de emergência ou tempo de trabalho na área da saúde e ressaltaram a importância da implantação de intervenções educacionais para os profissionais envolvidos. De maneira semelhante, também não evidenciamos diferenças significativas entre os dois grupos de Enfermeiros; todos eles possuíam mais de um ano de experiência profissional e apresentaram baixa sensibilidade comparada com dados de especificidade e concordância.

Cone & Murray (2002) e Chung (2005) buscaram compreender fatores que pudessem inferir para incorreta utilização dos protocolos. Nos dois estudos, a análise foi semelhante. Os resultados indicaram que a não utilização de programas de educação continuada visando a padronização de condutas e uniformidade na definição das prioridades clínicas podem fazer com que a sensibilidade seja diminuída. Quando o Enfermeiro utiliza o protocolo de forma sólida, como ferramenta para garantir a determinação da prioridade clínica e também para o respaldo em sua tomada de decisão, ocorrerá redução nos erros relacionados à superestimação e subestimação.

Em outro estudo, Martin *et al.* (2014) avaliaram a utilização da escala ESI e demonstraram que a concordância entre os enfermeiros que possuíam tempo de experiência profissional entre 1.00 e 1.99 anos, e aqueles com mais de 20 anos de experiência foi semelhante (Kappa: 0,630 – 0,631); ou seja, também não encontraram divergências relacionados ao tempo de experiência. Contudo, ressaltaram que o Enfermeiro, para atuar de forma segura em serviços de triagem, deva ter um tempo mínimo de 1 ano de experiência profissional e treinamento específico para uso dos protocolos em serviços de emergência (MARTIN *et al.*, 2014).

Por fim, Souza *et al.* (2011) trazem uma reflexão de extrema importância e que resume todas as considerações pontuadas até o momento, ao afirmarem que a correta utilização de protocolos proporciona respaldo legal e segurança para a atuação dos enfermeiros. Ademais, esses autores descreveram importante correlação entre o acolher e classificar e destacaram que a escuta é o principal dispositivo para utilização e compreensão das necessidades do usuário na CR; uma boa escuta poderá garantir uma abordagem humanizada, uma assistência qualificada e poderá promover ganho para as usuárias, para o Enfermeiro e para o sistema de saúde.

## 7 CONCLUSÃO

Esse estudo possibilitou verificar que o protocolo de A&CR-O é confiável para sua utilização no campo da obstetrícia, uma vez que demonstrou concordância moderada a forte entre os grupos de avaliadores (enfermeiros treinados e enfermeiros não treinados em classificação de risco).

Cabe ressaltar que, apesar da confiabilidade e a especificidade ter sido satisfatória, a sensibilidade foi baixa devido aos índices de subestimação e superestimação na classificação de risco. Esses índices podem causar uso desnecessário de recursos na rede de saúde, além de ocasionar superlotação, acarretando aumento no tempo de espera, podendo promover um risco aumentado para as usuárias que realmente necessitam de um atendimento prioritário.

A proposta do acolhimento e classificação de risco é considerada recente no Brasil e, na obstetrícia, ainda mais. Independente da especialidade clínica, essa ferramenta já é considerada essencial para a organização do atendimento nas unidades de saúde, pois exclui a lógica do atendimento por ordem de chegada, promovendo atendimento conforme o nível de gravidade e não por tempo de espera, impactando positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade.

Almejando mudanças nos indicadores de morbimortalidade materna, fetal e neonatal, os resultados desta pesquisa poderão subsidiar a aplicabilidade do protocolo de A&CR – O como instrumento confiável para a prática obstétrica. Destaca-se ainda, a necessidade da realização de estudos em instituições diferentes que utilizem o protocolo de A&CR – O, possibilitando compreender os motivos possam levar as discordâncias nos diferentes níveis de prioridade, essa busca poderá promover respostas sólidas e melhoria na condução e confiabilidade da avaliação realizada pelo enfermeiro na CR.

Ressalta-se a relevância deste trabalho não apenas como subsídio para outros estudos, mas também como importante ferramenta para a prática clínica voltada para o A&CR – O. Estudos com este desenho voltados para CR em obstetrícia ainda são incipientes, principalmente na produção nacional e precisam ser elucidados, pois poderão contribuir para embasamento de outros profissionais e até mesmo para gestores que atuam com urgência e emergência obstétrica.

Por fim, é necessário que pesquisadores tenham consciência da real necessidade de que para trabalhar com CR dois pontos necessitam estar alinhados que é o acolher e o classificar, ambos interligados, jamais desassociados. Outro destaque é sobre trabalhar com protocolos confiáveis que forneçam subsídios e melhoria tanto nas avaliações clínicas quanto no atendimento das urgências e emergências obstétricas realizadas pelo enfermeiro. A associação desses fatores, mais, a capacitação prévia e periódica dos profissionais que atuam com CR poderá promover um ambiente seguro, organizado e com assistência qualificada.

Deixo aqui algumas questões a serem respondidas em estudos futuros:

Quais fatores interferem na prática do Enfermeiro na CR que mesmo utilizando protocolos que guiem a prática clínica, possuem dados relacionados a superestimação e superestimação, essas ações podem infringir a integralidade e a equidade do cuidado?

Quais barreiras existem na atuação do profissional enfermeiro da CR? Porque a superlotação não foi solucionada nos prontos atendimentos mesmo utilizando essa tecnologia de cuidado, porque existe um distanciamento do acolher e do classificar? Algumas dessas repostas já tiveram uma breve discussão nessa pesquisa, mas demandam um enfoque específico.

Apesar dos diversos desafios que rondam o acolhimento e a classificação de risco, essas duas etapas alinhadas são de fundamental importância para avaliação e definição do risco, além de ser um campo de destaque para atuação do profissional Enfermeiro possibilitando melhoria de acesso para a usuária e promovendo equidade no atendimento.



## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S. Frequent users of emergency services: Associated factors and reasons for seeking care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 337-344, 2015.
- ALTMAN, D. G. **Practical statistics for medical research**. London: Chapman and Hall, 1991. p. 407-409.
- ARAÚJO, B. F. *et al.* Analysis of neonatal morbidity and mortality in latepreterm newborn infants. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 88, n. 3, p. 259-266, maio/jun. 2012.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo pré natal e puerpério**. 2. ed. rev. e atual. Belo Horizonte: PBH, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo-pre-natal-perperio-31-05-2019.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.
- BENNER, P. From Novice to Expert. **American Journal of Nursing**. v. 82, n. 3, p. 402-407, Mar. 1982.
- BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. **Expertise in Nursing Practice: caring, clinical judgment, and ethics**. 2. ed. New York: Springer Publishing, 2009.
- BERRUETA, R. M. A. *et al.* Manejo del triage obstétrico y código mater en el Estado de México. **Enfermería Universitaria**, México, v. 9, n. 2, p. 61–71, abr./jun. 2012.
- BEVERIDGE, R. *et al.* **Implementation guidelines for the Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)**: endorsed by the Canadian Association of Emergency Physicians, the National Emergency Nurses Affiliation of Canada, and l'association des medecins d'urgence du. Ottawa: Canadian Association of Emergency Physicians, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 580, de 22 de março de 2018**. Regulamenta o item XIII 4 da Resolução nº 466/12, que prevê resolução complementar tratando das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS. Brasília: CNS, 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica. Mortalidade materna no Brasil. **Boletim epidemiológico**, Brasília, v. 51, n. 20, maio 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/>. Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria n. 2.048, de 5 de novembro de 2002. Institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, n. 219, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32-54, 2002.

BRILHANTE, A. F. *et al.* Implementation of protocol for reception with risk classification in an obstetric emergency unit. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 4, p. 569-575, 2016.

CAMARGOS, B. F.; MATOS, L. R. P.; PENA, H. P. O paciente frente ao diagnóstico de câncer e a atuação dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. **RECOM - Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 3, n. 4, p. 1374-1381, set/dez. 2014.

CECÍLIO, L. C. O. *et al.* Programa SOS emergências: uma alternativa de gestão e gerência para as grandes emergências do Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, v. 52, p. 202-2016, out. 2014.

CHUNG, J. Y. M. An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. **Accident and Emergency Nursing**, Edinburgh, v. 13, n. 4, p. 206-213, Oct. 2005.

CONE, K. J.; MURRAY, R. Characteristics, insights, decision-making, and preparation of ed triage nurses. **Journal of Emergency Nursing**, East Lansing, Mich., v. 28, n. 5, p. 401-406, Oct. 2002.

COSTA, B. C. *et al.* Análise comparativa de complicações do recém-nascido prematuro tardio em relação ao recém-nascido a termo. **Boletim Científico de Pediatria**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 33-37, 2015.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triage de

Manchester. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 188-198, jun. 2012.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 524-530, set. 2011.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 123-131, jan./abr. 2010.

DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. C. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências: análise da literatura. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.1-6, 2010.

DURO, C.; LIMA, M. A. D. S.; WEBER, L. A. F. Nurses' opinion on risk classification in emergency services. **Reme - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. e-1062, 2017.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 102–106, 2014.

FARROHKNIA, N. *et al.* Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, London, v. 19, p. 42, Jun. 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, E. B. *et al.* Acolhimento com classificação de risco em serviços de urgência e emergência hospitalar. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 3, n. 1, p. 148-178, jan./mar. 2016.

FIGUEIROA, M. N. *et al.* Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em maternidade-escola. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. e20170087, dez. 2017.

FITZGERALD, G. *et al.* Emergency department triage revisited. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 27, n. 2, p. 86-92, Feb. 2010.

FLOYD, L. *et al.* The introduction of a midwife-led obstetric triage system into a regional referral hospital in Ghana. **Midwifery**, Edinburgh, v. 61, p. 45-52, Jun. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Dia mundial da prematuridade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/dia-mundial-da-prematuridade/>

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Fecundidade e dinâmica da população brasileira**. Brasília: UNFPA Brasil, 2019. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop\\_brasil\\_web.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop_brasil_web.pdf). Acesso em: 21 jan. 2021.

GILBOY, N.; TRAVERS, D.; WUERZ, R. Re-evaluating triage in the new millennium: A comprehensive look at the need for standardization and quality. **Journal of Emergency Nursing**, East Lansing, Mich., v. 25, n. 6, p. 468-473, Dec. 1999.

GIOVANNETTI, P. Understanding patient classification systems. **The Journal of Nursing Administration**, Billerica, Mass., v. 9, n. 2, p. 4-9, Feb. 1979.

GRANJA, G. F. *et al.* Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS: avanços e desafios na efetivação das Redes de Atenção à Saúde. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE*, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013.

GRATTON, R. J. *et al.* Acuity assessment in obstetrical triage. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, Toronto, v. 38, n. 2, p. 125-133, Feb. 2016.

GRIFFIN, D.; HYRKAS, K. The development and implementation of an obstetrical triage tool to prioritize patients and track process times by risk categories. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 43, n. esp.1, p. S67-S67, Jun. 2014.

GROUSE, A. I.; BISHOP, R. O.; BANNON, A. M. The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 26, n. 7, p. 484-486, 2009.

HARREL, C. R. *et al.* **Simulação otimizando sistemas**. São Paulo: IMAM, 2002.

HARVEY, N.; HOLMES, C. A. Nominal group technique: an effective method for obtaining group consensus. **International Journal of Nursing Practice**, v. 18, n. 2, p. 188-194, Apr. 2012.

HEGDE, C. V. The use of protocols in obstetrics and gynecology. **Journal of Obstetrics and Gynaecology of India**, Bombay, v. 63, n. 6, p. 359-360, Dec. 2013.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Indicadores hospitalares**. Belo Horizonte: HSF, 2020. Disponível: <http://www.sofiafeldman.org.br/indicadores-hospitalares/>. Acesso em: 22 set. 2020

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sistema de estatísticas vitais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9110-estatisticas-do-registro-civil.html?=&t=resultados>. Acesso em: 24 jan. 2021.

KAWAMURA, T. Interpretação de um teste sob a visão epidemiológica: eficiência de um teste. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 437-441, 2002.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. **Biometrics**, Washington, v. 33, n. 2, p. 363-374, Jun. 1977a.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, Washington, v. 33, n. 1, p. 159-174, Mar. 1977b.

LEE, G. *et al.* Characteristics of patients who did not wait for treatment in the emergency department: a follow up survey. **Accident and Emergency Nursing**, Edinburgh, v. 14, n. 1, p.56-62, Jan. 2006.

LIMA, D. R. *et al.* Análise dos fatores intervenientes da mortalidade materna **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 3, p. e-25, 2016.

LOBIONDO-WOOD; G.; HABER, J. **Confiabilidade e validade**: pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p.186-189.

LUNNEY, M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. part II: application of cognitive skills and guidelines for self-development. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, pp. 106-112, set. 2003.

MACHADO, M. H. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. **Enfermagem em Foco (Brasília)**, Brasília, v. 7, n. esp., p. 9-14, 2015.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de classificação de risco**. 2. ed. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

MALFUSSI, L. B. H. *et al.* Concordância de um protocolo institucional de avaliação com classificação de risco. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 1, p. e4200016, mar. 2018.

MARTIN, A. *et al.* An examination of ESI triage scoring accuracy in relationship to ED nursing attitudes and experience. **Journal of Emergency Nursing**, East Lansing, Mich., v. 40, n. 5, p. 461-468, Sep. 2014.

MARTINS, D. F.; BENITO, L. A. O. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 153-166, jul./dez. 2016.

NASCIMENTO, E. R. P. *et al.* Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 84-88, jan./mar. 2011.

NUNES, G. S. *et al.* Sentimentos vivenciados por primigestas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 4, p. 916–922, abr. 2018.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS POPULATION FUND; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean**. Washington: PAHO, 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34493/9789275119761-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>. Acesso em: 24 jan. 2021.

PARENTI, N. *et al.* A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 51, n. 7, p. 1062-1069, Jul. 2014.

PAUL, J. A. Obstetric triage and emergency care protocols. **Journal of Midwifery**, New York, v. 58, n. 2, p. 231, Mar./Apr. 2013.

PAULA, R. *et al.* Por que os pacientes de tuberculose procuram as unidades de urgência e emergência para serem diagnosticados: um estudo de representação social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 600-614, jul./set. 2014.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: teste de confiabilidade pela concordância entre avaliadores-correlação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 245-252, 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

POON, L. C. *et al.* The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: a pragmatic guide for trimester screening and prevention. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, New York, v. 145, suppl. 1, p. 1–33, May 2019.

RIBEIRO, Y. C. N. M. B.; CASTRO, R. L. V. Acolhimento com classificação de risco: dois momentos de reflexão em torno das cores. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas **Cadernos Humaniza SUS**: volume 3: atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. cap. 13, p. 182-210. (Série B. Textos Básicos de saúde).

ROBBINS, T.; SHENNAN, A.; SANDALL, J. Modified early obstetric warning scores: A promising tool but more evidence and standardization is required. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 98, n. 1, p. 7-10, Jan. 2019.

RUHL, C. *et al.* Content validity testing of the maternal fetal triage index. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 44, n. 6, p. 710-716, Nov./Dec. 2015.

RUTSCHMANN, O. T. *et al.* Reliability of the revised Swiss Emergency Triage Scale: A computer simulation study. **European Journal of Emergency Medicine**, 2018.

SHAH, S. *et al.* Pain management in pregnancy: multimodal approaches. **Pain Research and Treatment**, New York, v. 2015, p. 987483, 2015.

SILVA, J. A. *et al.* Emergency severity index: accuracy in risk classification. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 421-427, dez. 2017.

SMITHSON, D. S. *et al.* Implementing an obstetric triage acuity scale: interrater reliability and patient flow analysis. **The American Journal of Obstetrics & Gynecology**, St. Louis, v. 209, n. 4, p. 287-293, Oct. 2013.

SOUZA, C. C. *et al.* Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 26-33, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf). Acesso em: 18 ago 2018.

SOUZA, C. C.; ARAUJO, F. A.; CHIANCA, T. C. M. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 144-151, fev. 2015.

TOLEDO, A. D. **Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

VAN DER WULP, I.; VAN BAAR, M. E.; SCHRIJVERS, A. J. P. Reliability and validity of the Manchester Triage System a general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 25, n. 7, p. 431-434, Jul. 2008.

VAN HOOVER, C. Best practices in midwifery: using the evidence to implement change. **Journal of Midwifery**, New York, v. 58, n. 2, p. 231-232, Mar./Apr. 2013.

VEEN, V. M. *et al.* Safety of the Manchester Triage System to identify less urgent patients in paediatric emergency care: a prospective observational study. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 96, n. 6, p. 513-518, Jun. 2011.

VEIT-RUBIN, N. *et al.* Validation of an emergency triage scale for obstetrics and gynaecology: a prospective study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Oxford, v. 124, n. 12, p. 1867-1873, Nov. 2017.

VITURI, D. W. *et al.* Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1179-1187, set./out. 2013.

VON RANDOW, R. M. *et al.* Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 904–912, 2011.

ZAINAL, H. *et al.* Cost of preterm birth during initial hospitalization: a care provider's perspective. **Plos One**, San Francisco, v. 14, n. 6, p. e0211997, Jun. 2019.

ZOCCO, J. *et al.* A systems analysis of obstetric triage. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Frederick, Md., v. 21, n. 4, p. 315-322, Oct./Dec. 2007.



## **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Concordância interavaliadores do Protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.”, que tem como objetivo: Determinar o grau de concordância entre Enfermeiros na aplicação do protocolo de A&CR-O do Ministério da Saúde em uma unidade de pronto atendimento obstétrico. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora e ocorrerá nos meses de outubro, novembro e dezembro. Para tal será construído um instrumento de coleta de dados, fechado do tipo check list, com perguntas referente à diversas variáveis relacionadas ao atendimento no acolhimento e classificação de risco da instituição em estudo, que são: dados da usuária, queixa principal, fluxograma, dados vitais, discriminador e nível de prioridade. Após análise dos itens supracitados, será realizado a etapa da reclassificação do risco e a aplicação do mesmo caso clínico para um Enfermeiro treinado e um Enfermeiro não treinado.

Com relação aos riscos dos envolvidos na pesquisa existe o constrangimento na abordagem feita pelo pesquisador e também quanto à possibilidade de o participante se sentir avaliado durante a resposta às questões. Reconhecendo estes riscos todas as medidas serão tomadas para evitá-los como a abordagem adequada do pesquisador e a certificação do entendimento, pelo participante, quanto à finalidade da sua participação. Caso quaisquer destas situações sejam observadas, será interrompida imediatamente a participação na tentativa minimizar o desconforto causado e visando evitar maiores constrangimentos.

Em relação ao benefícios a pesquisa poderá contribuir na produção de informações sobre o uso do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia por enfermeiros treinados e não treinados. Consequentemente com contribuição para o serviço e para a atenção às mulheres.

Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, pode retirar o consentimento de guarda, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados obtidos pela pesquisa, estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal de Minas Gerais, e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala 416 da Faculdade de Enfermagem da UFMG e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional

de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “Concordância interavaliadores do Protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

---

Nome completo do participante e data

---

Assinatura do participante

**Nome completo do Pesquisador Responsável: Elysangela Dittz Duarte**

Endereço: Avenida Professor Alfredo Balena, 190 sala 416 - Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG

Telefones: (31) 34099874

E-mail: elysangeladittz@gmail.com

---

Assinatura do pesquisador responsável

Data

**Nome completo do Pesquisador: Débora Rodrigues Lima**

Endereço: Rua Nelson Hungria nº 1666. Bairro: Tupi

CEP: 31842330/ Belo Horizonte – MG

Telefone: (31) 994752576

E-mail: deborar265@gmail.com

---

Assinatura do pesquisador

Data

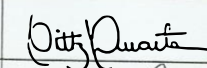
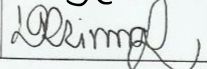
Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG  
Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.  
Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.  
E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 34094592.

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

### Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

#### 1. Identificação dos membros do grupo de pesquisa

Nome completo (sem abreviação)	RG	Assinatura
Elysângela Dittz Duarte	M 7132695	
Débora Rodrigues Lima	MG 11525962	

#### 2. Identificação da pesquisa

- Título do Projeto: Concordância interavaliadores do Protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia do Ministério da Saúde.
- Departamento/Faculdade/Curso: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Pesquisador Responsável: Elysângela Dittz Duarte

#### Descrição dos Dados

Os dados serão coletados somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFGM) e Comitê de ética e pesquisa do Hospital Sofia Feldman ( CEP – HSF) : o objeto da coleta será prontuários de usuárias registrados no período de: Janeiro a junho de 2018 Considerando os últimos dados estatísticos compilados na instituição e que correspondem ao 1º semestre de 2018.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Para dúvidas de aspecto ético, pode ser contactado o Comitê de Ética em Pesquisa da UFGM (CEP/UFGM): Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005 Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br .

#### 3. Declaração dos pesquisadores

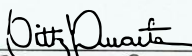

Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do **Serviço de arquivo médico e estatística (SAME) do Hospital Sofia Feldman**, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam a Resolução 466/12, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde.

Declaramos entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP UFMG.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes.

Belo Horizonte, 14 de outubro de 2019.

Nome completo (sem abreviação)	Assinatura
Elysângela Dittz Duarte	
Débora Rodrigues Lima	

#### 4. Autorização da Instituição

Declaramos para os devidos fins, que cederemos aos pesquisadores apresentados neste termo, o acesso aos dados solicitados para serem utilizados nesta pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento das pesquisadoras em realizar a pesquisa de acordo os requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados as pesquisadoras apresentarão o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Belo Horizonte, 16 de outubro de 2019.

  
 \_\_\_\_\_  
 Dr. João Batista Marinho de Castro Lima (Diretor Clínico – HSF)

### APÊNDICE C – Caso para análise interavaliadores

Caso para análise interavaliadores, dados serão retirados dos prontuários selecionados e identificados com a letra C de caso em ordem numérica (C \_\_\_\_\_)

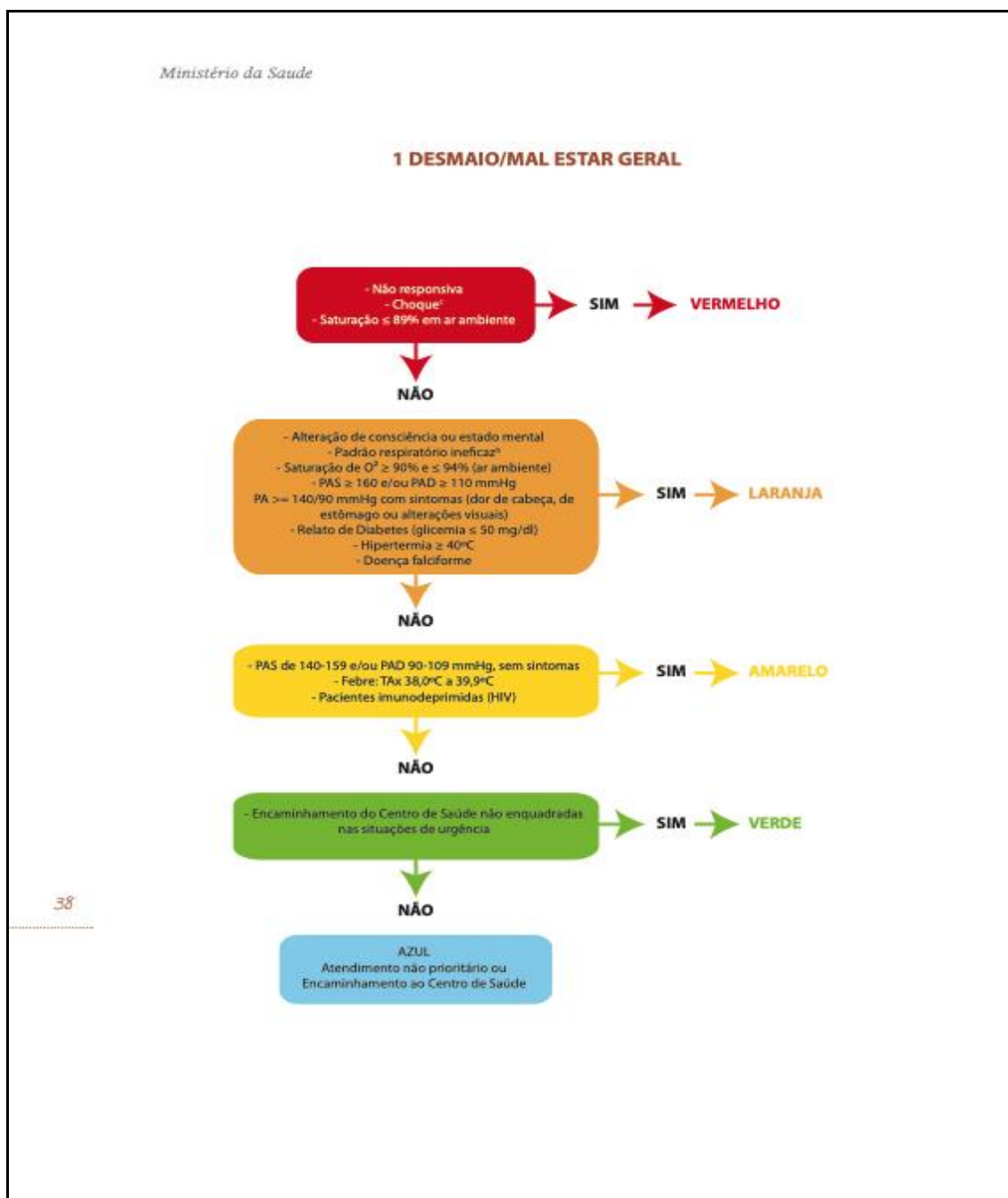
ACOLHIMENTO & CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA	
Nome	
Idade	
Gestante?	( ) sim ( ) não ( ) incerteza
Idade gestacional	
Paridade	G_____ P_____ A_____
Queixa Principal	
Nº do fluxograma utilizado	
Dados Vitais	PA= _____x_____ mmHg FC= _____ bpm FR=_____ ipm Temp. = _____
Contrações Uterinas	( ) Não ( ) Sim
Dor:	_____/10 Localização_____
Perda de Líquido	( ) Não ( ) Sim
Sangramento Vaginal	( ) ausente ( ) presente sem repercussão hemodinâmica ( ) presente com repercussão hemodinâmica
Movimentação fetal	(+/-):_____

### APÊNDICE D – Caso para reclassificação interavaliadores

Caso para reclassificação interavaliadores, casos serão retirados dos prontuários selecionados e identificados com a letra RC de reclassificação de caso em ordem numérica (RC \_\_\_\_\_)

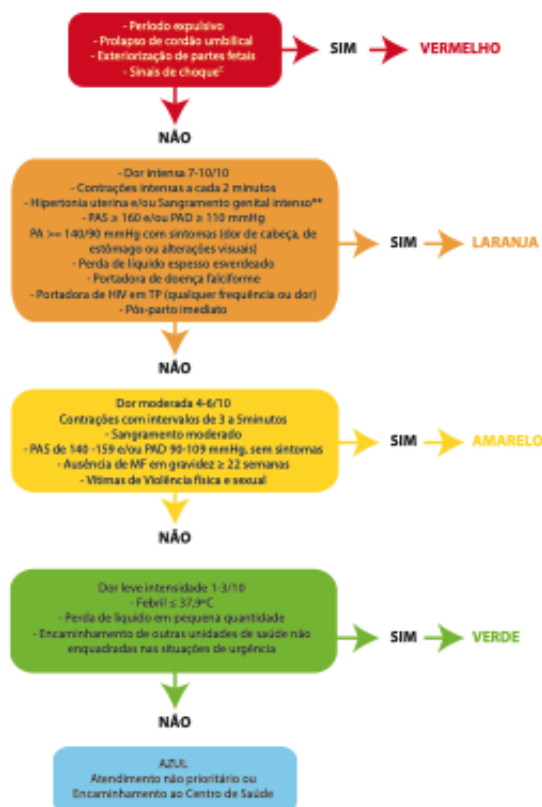
Reclassificação interavaliadores, codificação e dados do Enfermeiro	
Idade do Enfermeiro	
Tempo de atuação em obstetrícia	1 a 3 anos ( ) 4 a 6 anos ( ) 7 a 10 anos ( ) > de 10 anos ( )
Já possui treinamento relacionado ao A&CR	Sim ( ) Não ( )
Dados da reclassificação	
Caso clínico	
Queixa principal	
Fluxograma	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10 ( ) 11 ( ) 12 ( )
Sinais vitais:	PA= _____ x _____ mmHg FC= _____ bpm FR= _____ ipm Temp. = _____ SatO2 _____ Glicemia: _____ mg/dl.
Reclassificação atribuída pelo Enfermeiro	Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul ( )

## ANEXO A - Fluxogramas do protocolo





## 2 DOR ABDOMINAL/LOMBAR/CONTRAÇÕES UTERINAS



**Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exangüinante: perda ≥ 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)	≥120	PAS ≤ 70
Sangramento intenso: perda brusca ≥ 150 ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos)	100-119	PAS ≤ 71 a 80
Moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno)	91-100	Levemente hipotensa
Sangramento leve: < 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal	≤90	Normal



## 3 DOR DE CABEÇA / TONTURA / VERTIGEM

- Apnéia ou Padrão Respiratório Ineficaz<sup>2</sup>  
- Sinais de Choque<sup>2</sup>

**SIM** → **VERMELHO**

**NÃO**

- Alteração de consciência ou estado mental  
- PAS  $\geq$  160 e/ou PAD  $\geq$  110 mmHg  
- PA  $\geq$  140/90 mmHg com sintomas (dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais)  
- Dor intensa (7-10/10) de início abrupto ou progressiva  
- Distúrbios de equilíbrio, zumbidos, perda da visão, Sinais de meningismo<sup>1</sup>  
- Hipertemia:  $>$  40°C

**SIM** → **LARANJA**

**NÃO**

- PAS 140-159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas  
- Dor moderada 4-6/10  
- Náuseas e vômitos de início agudo ou persistentes  
- Febre: Tax 38,0° C a 39,9°C

**SIM** → **AMARELO**

**NÃO**

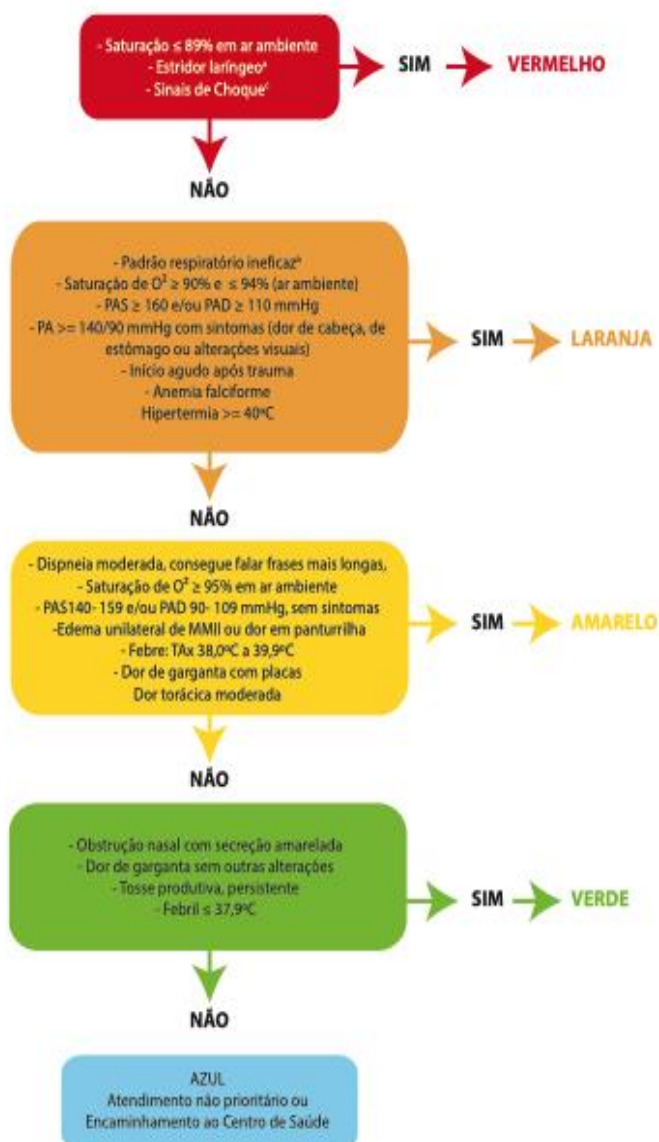
- Dor leve intensidade 1-3/10  
- Relato de náuseas e vômitos  
- Febril: 37,5°C a 37,9° C

**SIM** → **VERDE**

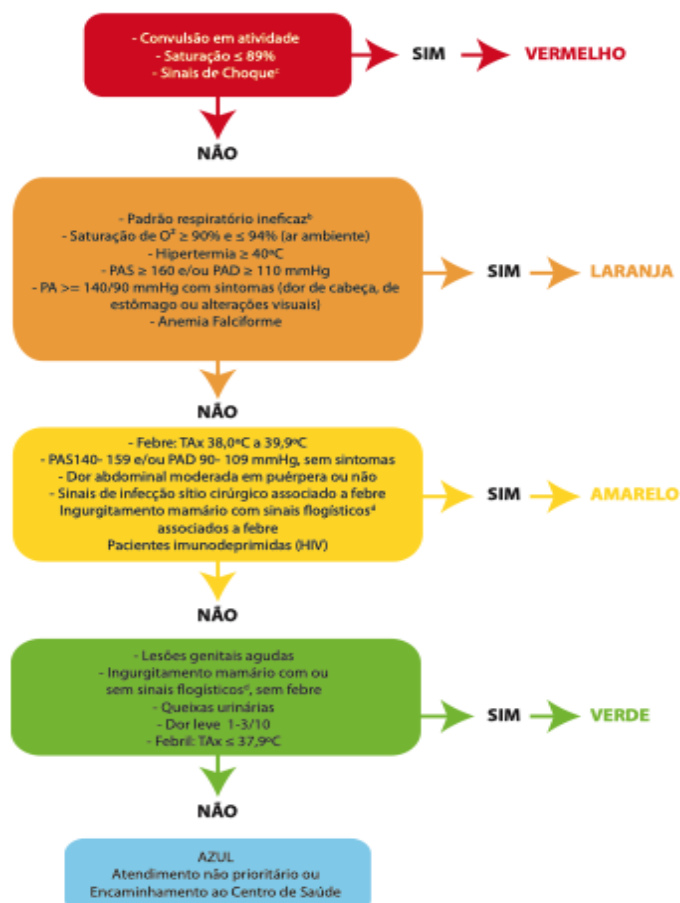
**NÃO**

**AZUL**  
Atendimento não prioritário ou Encaminhamento ao Centro de Saúde

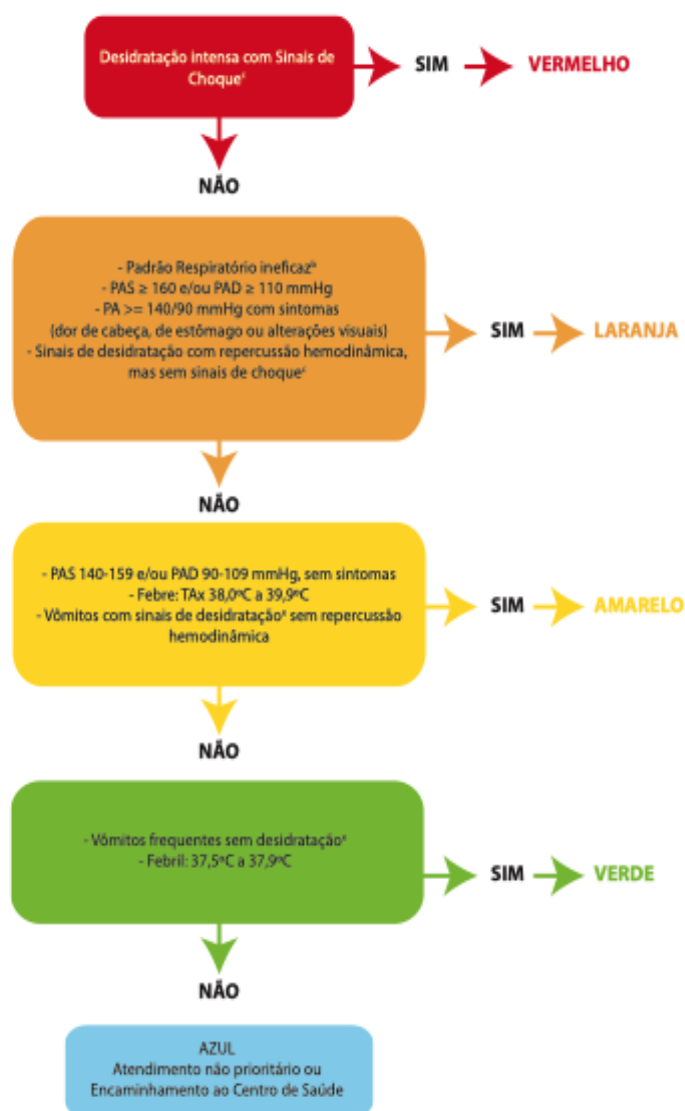
## 4 FALTA DE AR/SINTOMAS RESPIRATÓRIOS



## 5 FEBRE/SINAIS DE INFECÇÃO



## 6 NÁUSEAS E VÔMITOS



## 7 PERDA DE LIQUIDO VIA VAGINAL/SECREÇÕES

- Trabalho de parto (TP) em período expulsivo  
- Exteriorização de partes fetais

**SIM** → **VERMELHO**

**NÃO**

- Dor intensa 7-10/10  
- Contrações intensas a cada 2 minutos  
- Perda de líquido esverdeado espesso  
- PAS  $\geq$  160 e/ou PAD  $\geq$  110 mmHg  
- PA  $\geq$  140/90 mmHg com sintomas (dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais)  
- Portadora de HIV

**SIM** → **LARANJA**

**NÃO**

- Dor moderada 4-6/10  
- Contrações com intervalos de 3 a 5 minutos  
- Perda de líquido claro em grande quantidade  
- Vítimas de Violência física e sexual

**SIM** → **AMARELO**

**NÃO**

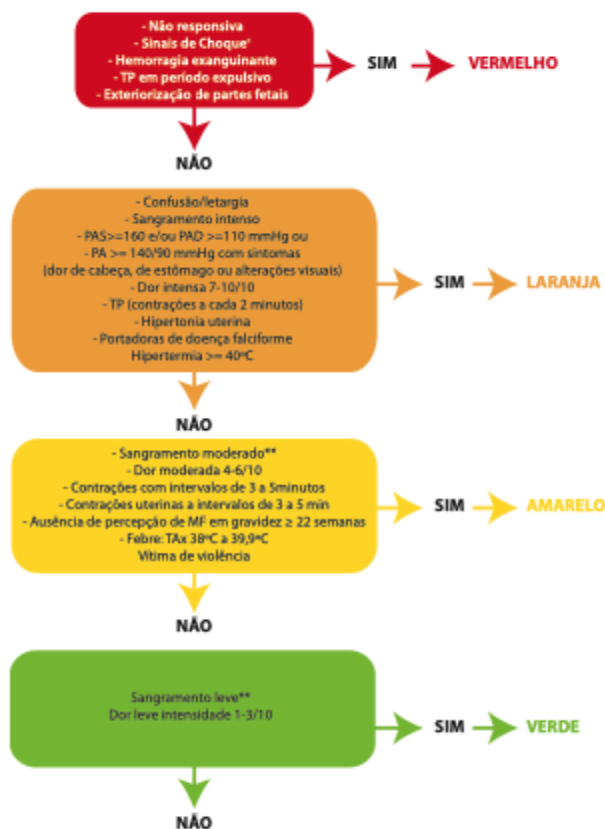
- Queixa atípica de perda de líquido/secreções  
- Dor leve intensidade 1-3/10  
- Contrações com intervalo maior que cinco minutos  
- Encaminhamento do Centro de Saúde não enquadradas nas situações de urgência

**SIM** → **VERDE**

**NÃO**

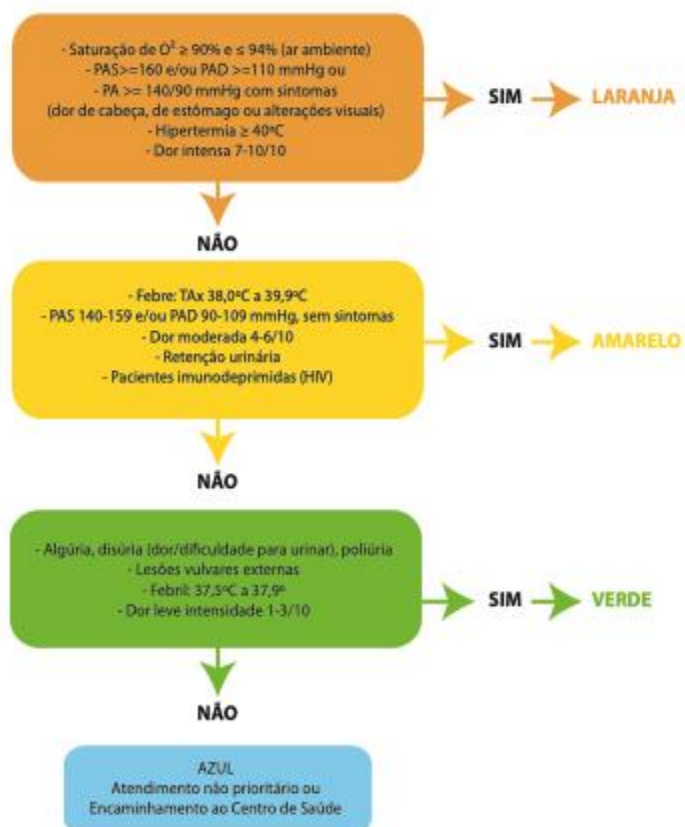
**AZUL**  
Atendimento não prioritário ou  
Encaminhamento ao Centro de Saúde

## 8 PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL

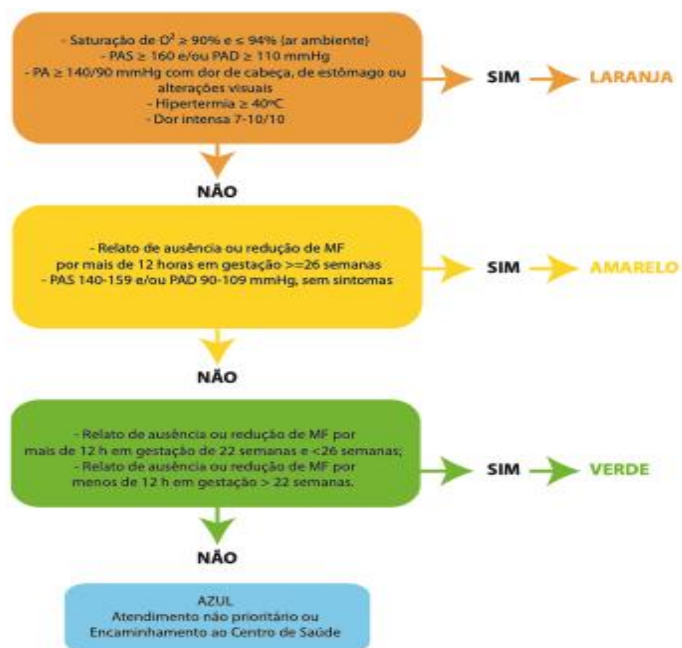


**Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exangüinante: perda $\geq$ 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)	$\geq$ 120	PAS $\leq$ 70
Sangramento intenso: perda brusca $\geq$ 150 ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos)	100-119	PAS $\leq$ 71 a 80
Moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno)	91-100	Levemente hipotensa
Sangramento leve: < 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal	$\leq$ 90	Normal

## 9 QUEIXAS URINÁRIAS

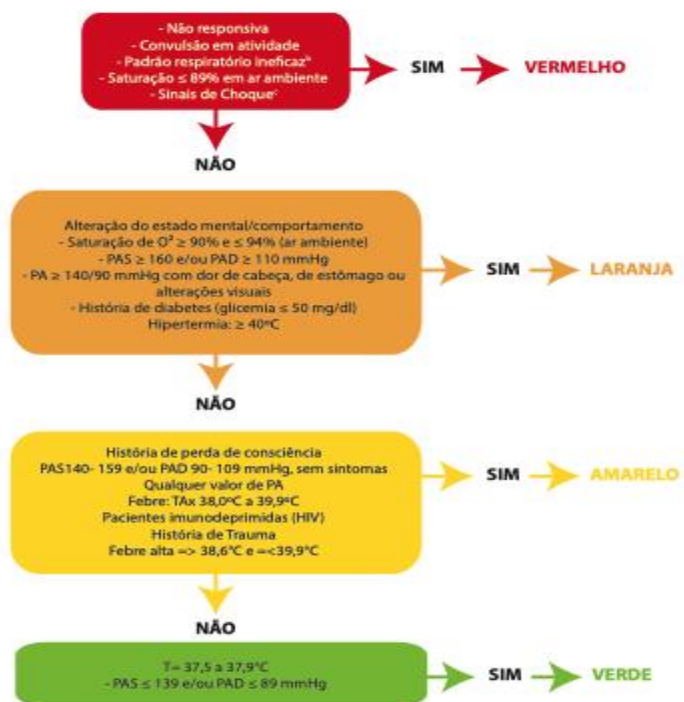


## 10 PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS

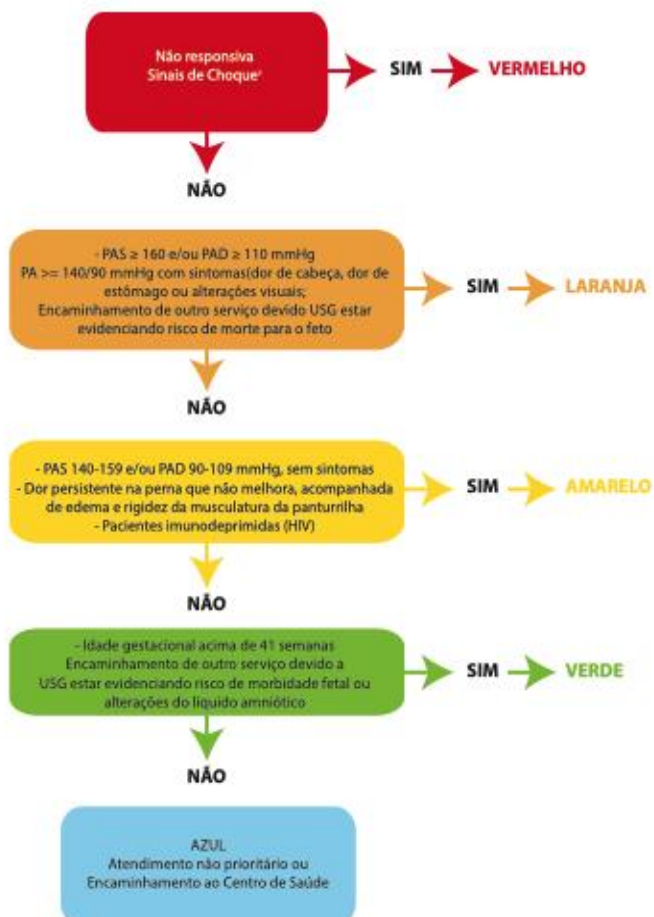




## 11 RELATO DE CONVULSÃO



## 12 OUTRAS QUEIXAS/SITUAÇÕES



## ANEXO B – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Concordância interavaliadores do Protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetria do ministério da saúde

**Pesquisador:** Elysangela Ditzz Duarte

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 19261419.0.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.198.387

#### Apresentação do Projeto:

De acordo com os pesquisadores a justificativa da emenda é solicitar a mudança de número do CNPJ da instituição co-participante da pesquisa que é o Hospital Sofia Feldman para que o CEP do Hospital possa receber o projeto para análise. Desse modo, segundo os autores não serão necessárias mudanças nas documentações do projeto, apenas correção do número do CNPJ que foi digitado errado. O parecer anteriormente aprovado pelo CEP-UFMG foi o de nº: 3.964.478 em 10 de Abril de 2020.

O presente projeto pretende determinar o grau de concordância interavaliadores na aplicação do protocolo de A&CR-O do Ministério da Saúde e será realizado em um pronto atendimento obstétrico de um hospital Filantrópico do município de Belo Horizonte - MG. Os participantes serão 22 enfermeiros treinados em classificação de risco e que atuam há mais de um ano na assistência e também por Enfermeiros não treinados, mas que também atuam há mais de um ano na assistência.

Para isso, os pesquisadores irão utilizar prontuários, coletados aleatoriamente, de mulheres atendidas pelo protocolo A&CR em obstetria do Hospital Sofia Feldman no período de janeiro a junho de 2019. Serão extraídos dos prontuários as informações registradas pelos enfermeiros durante a Classificação de risco e que subsidiaram a sua decisão acerca do protocolo do A&CRO a ser seguido por ocasião do atendimento às gestantes. Para definição e escolha do prontuário será realizado um check list das informações básicas para definição do caso que são: a identificação do

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.198.387

profissional que realizou o atendimento, a identificação da usuária, a queixa principal, o fluxograma, os dados vitais utilizados para definição dos discriminadores e a prioridade clínica de atendimento. Após seleção dos casos, eles serão digitados com as informações colhidas, impressos e distribuídos aleatoriamente em grupos equivalente ao número de enfermeiros participantes. Os Enfermeiros terão um prazo de 5 minutos para responderem cada caso clínico e classificar o nível de prioridade clínica. Para responder o caso clínico, o Enfermeiro receberá, além dos 11 casos clínicos, uma cópia impressa dos 12 fluxogramas com os discriminadores. Cada participante deverá avaliar 11 casos e estes serão distribuídos aleatoriamente entre os enfermeiros treinados e não treinados, e será solicitado que refaçam a classificação de acordo com o protocolo de A&CRO. Para esta reclassificação será utilizada uma ficha elaborada pela pesquisadora com dados da usuária, queixa principal, fluxograma, dados vitais utilizados para definição dos discriminadores e a prioridade clínica de atendimento. Será possível identificar se a classificação (obtenção do nível de prioridade), estabelecida no momento do acolhimento, correspondeu à obtida na reclassificação, ou se o fluxograma para definir o nível de prioridade estava coerente com a queixa apresentada.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Determinar o grau de concordância interavaliadores na aplicação do protocolo de A&CR-O do Ministério da Saúde em uma unidade de pronto atendimento obstétrico.

Objetivo Secundário: - Caracterizar os enfermeiros do estudo quanto ao perfil profissional; - Identificar o número de acertos dos interavaliadores na escolha do fluxograma, discriminador e nível de risco; - Verificar a concordância interavaliadores na escolha do fluxograma, discriminador e nível de risco; - Verificar a concordância interavaliadores treinados e não treinados na escolha do fluxograma discriminador e nível de risco.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os benefícios e riscos descritos no TCLE são:

Riscos: "Com relação aos riscos envolvidos na pesquisa existe o constrangimento na abordagem feita pelo pesquisador e também quanto à possibilidade de o participante se sentir avaliado durante a resposta às questões. Reconhecendo estes riscos todas as medidas serão tomadas para evitá-los como a abordagem adequada do pesquisador e a certificação do entendimento, pelo participante, quanto à finalidade da sua participação. Caso quaisquer destas situações sejam observadas, será interrompida imediatamente a participação na tentativa minimizar o desconforto

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.198.387

causado e visando evitar maiores constrangimentos.”

Benefícios: “Em relação aos benefícios a pesquisa poderá contribuir na produção de informações sobre o uso do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia por enfermeiros treinados e não treinados. Consequentemente com contribuição para o serviço e para a atenção às mulheres.”

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A metodologia, riscos e benefícios se mantiveram inalterados em relação ao projeto mais recente aprovado, alterando-se somente o número do CNPJ do Hospital Sofia Feldman que foi digitado errado, que é o motivo da Emenda.

De acordo com os pesquisadores no documento sobre as informações básicas do projeto, a coleta de dados seria entre os meses de maio e junho de 2020.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Os termos encaminhados pelos pesquisadores estão adequados.

**Recomendações:**

O cronograma deve ser reavaliado e o projeto deve ser iniciado apenas após a aprovação dos CEPs das instituições envolvidas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Na condição de se atender a recomendação solicitada, sou, S.M.J. favorável à aprovação da emenda da pesquisa intitulada “Concordância interavaliadores do Protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia do ministério da saúde.”

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.198.387

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1562215_E1.pdf	01/06/2020 12:10:35		Aceito
Outros	cartaemenda.docx	01/06/2020 12:07:56	Elysangela Dittz Duarte	Aceito
Outros	cartaresposta2.docx	15/03/2020 10:42:09	Elysangela Dittz Duarte	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.pdf	15/03/2020 10:37:03	Elysangela Dittz Duarte	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	18/11/2019 15:38:27	Elysangela Dittz Duarte	Aceito
Outros	TCUD.pdf	18/11/2019 15:33:09	Elysangela Dittz Duarte	Aceito
Outros	TCUD2.pdf	18/11/2019 15:31:59	Elysangela Dittz Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado2.doc	14/10/2019 14:46:30	Elysangela Dittz Duarte	Aceito
Outros	anuencia.pdf	08/07/2019 11:29:57	Elysangela Dittz Duarte	Aceito
Parecer Anterior	parecercamara.pdf	08/07/2019 11:28:27	Elysangela Dittz Duarte	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 06 de Agosto de 2020

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Crissia Carem Paiva Fontainha**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

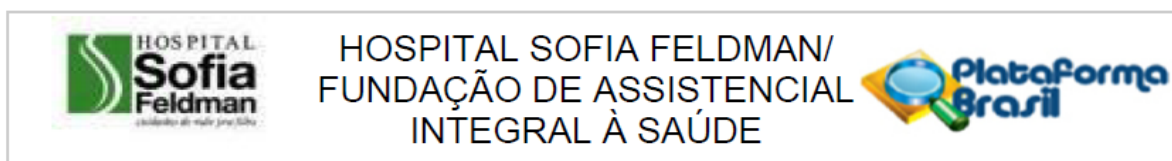
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HSF



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Concordância interavaliadores do Protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia do ministério da saúde

**Pesquisador:** Elysangela Ditzz Duarte

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 19261419.0.3001.5132

**Instituição Proponente:** Hospital Sofia Feldman/ Fundação de Assistencial Integral à Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.243.525

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas dos arquivos Informações Básicas da Pesquisa (PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO1562215\_E1.pdf), Carta emenda e projeto detalhado.

Trata-se de emenda de projeto anterior, com a Universidade Federal de Minas Gerais como instituição proponente, a fim de corrigir o número do CNPJ do Hospital Sofia Feldman que é a instituição coparticipante, para que o devido CEP recebesse o projeto. Trata-se de um estudo metodológico que será realizado em um pronto atendimento obstétrico de hospital filantrópico do município de Belo Horizonte / MG para avaliar o grau de concordância interavaliadores na aplicação do protocolo de A&CR-O do Ministério da Saúde. A população do estudo será composta por 22 Enfermeiros treinados com pelo menos 1 ano de atuação na assistência à gestação, parto e nascimento, que será comparado com 22 enfermeiros não treinados que também atuam há pelo menos 1 ano na assistência à gestação, parto e nascimento, no cenário de estudo. Visando o ajuste das variáveis a serem analisadas, o instrumento será elaborado para posterior tratamento estatístico. Para tanto, será realizado um pré-teste com 20 prontuários de usuários atendidos na unidade. Serão extraídas dos prontuários as informações registradas pelos enfermeiros durante a Classificação de risco e que subsidiaram a sua decisão acerca do protocolo do A&CRO a ser seguido por ocasião do atendimento às gestantes. Em seguida, a pesquisadora vai elaborar casos

**Endereço:** Rua Antônio Bandeira, 1060

**Bairro:** Tupi

**CEP:** 31.844-130

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3408-2249

**E-mail:** cep@sofiafeldman.org.br



HOSPITAL SOFIA FELDMAN/  
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL  
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 4.243.525

clínicos que serão distribuídos aos participantes para serem respondidos.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Determinar o grau de concordância interavaliadores na aplicação do protocolo de A&CR-O do Ministério da Saúde em uma unidade de pronto atendimento obstétrico.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar os enfermeiros do estudo quanto ao perfil profissional;
- Identificar o número de acertos dos interavaliadores na escolha do fluxograma, discriminador e nível de risco;
- Verificar a concordância interavaliadores na escolha do fluxograma, discriminador e nível de risco.
- Verificar a concordância interavaliadores treinados e não treinados na escolha do fluxograma discriminador e nível de risco.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Como possível risco, as pesquisadoras relatam o constrangimento na abordagem feita pelo pesquisador e também quanto à possibilidade de o participante se sentir avaliado durante a resposta às questões. A fim de minimizá-los, garantem a abordagem adequada do pesquisador e a certificação do entendimento, pelo participante, quanto à finalidade da sua participação. Caso seja observada alguma dessas situações, a participação será interrompida imediatamente na tentativa de minimizar o desconforto causado e visando evitar maiores constrangimentos.

Benefícios: A pesquisa poderá contribuir na produção de informações sobre o uso do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia por enfermeiros treinados e não treinados, com contribuição para o serviço e para atenção às mulheres.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto realizado para obtenção do título de Mestre da enfermeira Debora

**Endereço:** Rua Antônio Bandeira, 1060

**Bairro:** Tupi

**CEP:** 31.844-130

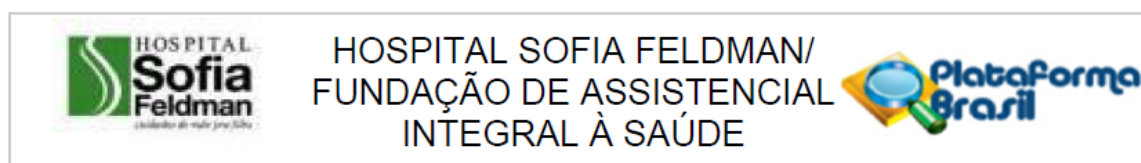
**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3408-2249

**E-mail:** cep@sofiinfeldman.org.br





Continuação do Parecer: 4.243.525

Outros	anuencia.pdf	08/07/2019 11:29:57	Elysangela Ditz Duarte	Aceito
Parecer Anterior	parecercamara.pdf	08/07/2019 11:28:27	Elysangela Ditz Duarte	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 28 de Agosto de 2020

---

**Assinado por:**  
**LÉLIA MARIA MADEIRA**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Antônio Bandeira, 1060  
**Bairro:** Tupi **CEP:** 31.844-130  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3408-2249 **E-mail:** cep@sofiafeldman.org.br