

ISSN  
2318-3691**Acolhimento com avaliação e classificação de risco em um pronto socorro: estudo comparativo***Acceptance evaluation and classification of risk in a first aid: comparative study*Gabriel Alves de Deus<sup>1</sup>; Jader Henrique Ferreira<sup>1</sup>; Diego Santiago Montandon<sup>1,2</sup>; Simone de Godoy<sup>2</sup>**Resumo**

**Introdução:** Para garantir um tempo de espera menor aos pacientes com necessidade de atendimento, foi implantado no âmbito do Sistema Único de Saúde, o acolhimento humanizado com classificação de risco. Existem diferentes modelos para realização do acolhimento com avaliação e classificação de risco, mas todos buscam organizar o fluxo de pacientes que procuram os serviços de pronto atendimento, diminuindo os riscos da superlotação. Emerge portanto, o interesse em analisar a classificação realizada no Pronto Socorro de um Hospital de Alta complexidade, comparando dados de atendimentos com as suas próprias diretrizes de classificação de risco. **Objetivos:** Identificar se a classificação de risco realizada no acolhimento com avaliação e classificação de risco do pronto socorro está de acordo com o protocolo institucional. **Casística e Métodos:** Estudo de abordagem quantitativa, retrospectivo, correlacional descritivo e de corte transversal. Foi avaliada uma amostra composta por 386 fichas de atendimentos ocorridos no Pronto Socorro de um Hospital de Alta complexidade no ano de 2016. Os dados foram coletados e analisados para determinar o perfil dos atendimentos. Posteriormente, uma reanálise foi realizada considerando o protocolo institucional de classificação, para verificar o nível de adequabilidade destas classificações de risco pelo coeficiente de Kappa. **Resultados:** 50,7% das assistências foram realizadas a pessoas do sexo feminino, 45,5% com idades entre 20 e 40 anos, 47,1% dos atendimentos de não urgência, com 25,9% de queixas de dor moderada. A comparação entre a classificação realizada e a reanálise apresentou um coeficiente de Kappa igual à 0,16. **Conclusão:** Entre o acolhimento com avaliação e classificação de risco realizada no Pronto Socorro e a reanálise com base no protocolo da instituição, há baixa concordância, o que representa que as triagens não estão sendo realizadas seguindo fielmente o próprio protocolo da instituição.

**Descritores:** Acolhimento; Emergências; Enfermagem; Triage; Serviços Médicos de Emergência

**Abstract**

**Introduction:** In order to guarantee a shorter waiting time for the patients in need of care, the humanized host with risk classification was implemented within the scope of the Unified Health System. There are different models for the accomplishment of the host with evaluation and classification of risk, but all seek to organize the flow of patients who seek the services of prompt care, reducing the risks of overcrowding. There is therefore an interest in analyzing the screening performed in the Emergency Room of a High Complexity Hospital, comparing care data with its own risk classification guidelines. **Objectives:** Identify if the risk classification performed at the hospital with evaluation and risk classification of the emergency room is in accordance with the institutional protocol. **Patients and Methods:** Quantitative, retrospective, correlational and cross-sectional descriptive study. The evaluation was performed by 386 records of care taken in the Emergency Room of a High Complexity Hospital in the year 2016. Data were collected and analyzed to determine the profile of the visits. Subsequently, a reanalysis was performed considering the classification institutional status, to verify the level of adequacy of the risk classifications by the Kappa coefficient. **Results:** 50.7% of the surgeries were performed on female subjects, 45.5% aged 20 and 40 years, 47.1% on non-emergency care, and 25.9% on moderate pain complaints. The comparison between the screening performed and the reanalysis showed a Kappa coefficient equal to 0.16. **Conclusion:** Between the accomplishment of the host with evaluation and classification of risk performed in the Emergency Room and the reanalysis based on the protocol of the institution, there is low agreement, which means that the screenings are not being carried out faithfully following the institution's own protocol. **Descriptors:** User Embrace; Emergencies; Nursing; Triage; Emergency Medical Services

<sup>1</sup>Faculdade de Enfermagem de Presidente Prudente da Universidade do Oeste Paulista-São Paulo-SP-Brasil.

<sup>2</sup>Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-São Paulo-SP-Brasil.

**Conflito de interesses:** Não

**Contribuição dos autores:** GAD: coleta e tabulação dos dados, redação do manuscrito. JHF: coleta e tabulação dos dados, redação do manuscrito. DSM: orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito; SG: discussão dos achados, etapas de execução e elaboração do manuscrito.

**Contato para correspondência:** Diego Santiago Montandon

E-mail: diegosmontandon@gmail.com

**Recebido:** 27/02/2018; **Aprovado:** 05/07/2018

## Introdução

Instituído pela Constituição Brasileira de 1988 e regulamentado pelas Leis 8080/90 e 8142/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a fim de garantir o acesso livre e gratuito a todos que necessitam de cuidados de saúde, cabendo ao Estado promover, através de políticas públicas, a diminuição das doenças e outros agravantes que colocam em risco a saúde dos cidadãos. Para tanto, deve garantir a prevenção e proteção nas ações e nos serviços de saúde, e que o acesso a ele seja universal e igualitário<sup>1,2</sup>.

Com a modificação do perfil epidemiológico da morbimortalidade nas áreas metropolitanas e, especialmente, com o crescimento da importância das causas externas, o atendimento de urgência ganhou mais relevância e indica a proporção desigual entre a oferta de recursos e demanda dos usuários, ressaltando um cenário nacional e internacional de serviços de emergência “porta aberta” superlotados. Isso impõe a necessidade de adoção de dispositivo com capacidade para contribuir para a priorização do atendimento, não só como meio de aliviar o sofrimento, mas principalmente da manutenção da vida<sup>3</sup>.

Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes a morte de pessoas pelo não-atendimento no tempo adequado<sup>4</sup>.

Com a necessidade de organização do fluxograma de atendimentos dos setores de urgência e emergência, devido à grande procura de serviços de saúde nesta área, sendo uma das portas de entrada para a maioria dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares pelos usuários e a falta de estruturação necessária para suportar tal demanda, foram criadas políticas públicas nos âmbitos Federais, Estaduais e Municipais para essa reorganização e melhoria do atendimento relacionado à assistência de saúde<sup>5</sup>.

A Política Nacional de Humanização (PNH) com o interesse de exercer os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, garantindo assim melhoras no atendimento a população, indica a utilização de sistemas de classificação de risco em todas as pessoas que procuram atendimento nos serviços de urgência e emergência usando como referência indispensável seus sinais clínicos apresentados<sup>5,6</sup>.

A classificação de risco de urgência é, portanto, uma ferramenta que além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento<sup>6</sup>.

Existem vários modelos de classificação de urgência no mundo, sendo o Sistema de Triagem de *Manchester* o mais difundido, pois apresenta cinco níveis de classificação e têm como base sinais e sintomas das vítimas e não escalas de urgências pré-definidas, como os modelos australianos (*Australasian Triage Scale - ATS*) e canadenses (*Canadian Triage Acuity Scale - CTAS*), permitindo melhores condições de análise pelos triadores<sup>3,6</sup>.

É importante esclarecer que no Brasil não há uma exigência clara da utilização de algum modelo de acolhimento com avaliação e classificação de risco de urgência no âmbito do SUS. Dessa forma, as instituições escolhem e criam sistemas de classificações mais adequadas as suas realidades. Todavia é importante aferir se o método empregado é eficaz para determinar a prioridade de atendimento nas urgências<sup>7</sup>.

Assim, emerge o interesse em analisar e comparar o acolhimento com avaliação e classificação de risco realizado no Pronto Socorro de um Hospital de Alta Complexidade, que realiza a classificação de risco dos pacientes através de um

protocolo desenvolvido e implantado por uma comissão interna que é dividida em três níveis de priorização de atendimento: vermelho – emergências com risco eminente à vida, amarelo – grave porém estável, e verde – necessidade de atendimento sem risco à vida.

Desta forma, o objetivo deste estudo é identificar se a classificação de risco realizada no acolhimento com avaliação e classificação de risco do pronto socorro está de acordo com o protocolo institucional.

## Casuística e Métodos

Este estudo se qualifica como sendo de abordagem quantitativa, de modelo não experimental, retrospectivo, documental, descritivo e de corte transversal<sup>8</sup>. Realizado com dados de atendimento de um Pronto Socorro de um Hospital de Alta complexidade localizado na região Oeste do estado de São Paulo.

Foram analisados os atendimentos ocorridos neste pronto socorro no ano de 2016, com coleta dos dados em maio de 2017. Tendo em vista o elevado número de casos,  $n = 108.739$ , optou-se por utilizar a amostragem para viabilizar o desenvolvimento desta pesquisa.

Neste sentido, o plano amostral adotado foi de amostragem aleatória simples com base em estudos concernentes com o objetivo, considerando um erro amostral de 5% ( $\alpha = 0,05$ ), poder estatístico de 0,95 ( $1 - \beta$ ) e um percentual mínimo de 50% da população. Obtendo recomendação de número mínimo amostral de 386 atendimentos, que foram incluídos neste estudo.

Houve interesse em analisar as variáveis nominais, categóricas e numéricas, disponíveis nas fichas de atendimento, sendo: data de nascimento, sexo; tipo de atendimento, classificação de risco e queixa principal. Para produção do banco de dados, armazenamento e tratamento estatístico das variáveis de estudo, foi utilizado o software R versão 3.1.2 que é disponibilizado gratuitamente.

Para viabilização deste estudo, dividiu-se em duas etapas distintas e intercorrelacionadas: Na primeira etapa, foi analisado o perfil epidemiológico dos casos selecionados para amostra que tinham como critérios de inclusão estarem disponíveis de forma legível, terem a descrição dos sinais vitais e da queixa principal. Foram excluídos os casos que não possibilitaram a retriagem de acordo com o protocolo da instituição. A segunda etapa foi o momento em que especialistas refizeram os acolhimentos com avaliação e classificação de risco, de acordo com protocolo da instituição de estudo, e reclassificaram cada caso selecionado da amostra, perfazendo outro banco de dados.

As avaliações foram realizadas por três especialistas, profissionais graduados, com experiência em acolhimento com avaliação e classificação de risco na instituição estudada. Dois especialistas reanalisaram cada caso em separado e as situações com divergências de julgamento foram submetidos ao terceiro especialista para tomada de decisão.

As duas análises foram submetidas ao cálculo do coeficiente de Kappa estratificado no qual nível “0” significa não haver correlação; de 0 à 0,20 ter ligeira correlação; de 0,21 à 0,40 considerável correlação; de 0,41 à 0,60 moderada correlação; de 0,61 à 0,80 substancial correlação e de 0,81 à 1 excelente correlação.

Por se tratar de um estudo de duas etapas com análises de informações institucionais, o projeto foi avaliado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi desenvolvida a pesquisa, número CAEE: 65898017.3.000.5515.

## Resultados

A análise dos casos selecionados possibilitou a descrição do perfil de atendimentos da instituição estudada conforme demonstra a tabela a seguir.

**Tabela 1.** Perfil da amostragem dos atendimentos de um pronto socorro (n = 386). Presidente Prudente/SP, 2016

| Variáveis                        | N          | (%)        |
|----------------------------------|------------|------------|
| <b>Sexo</b>                      |            |            |
| Feminino                         | 196        | 50,7       |
| Masculino                        | 190        | 49,3       |
| <b>Idade (anos)</b>              |            |            |
| < 20                             | 25         | 6,4        |
| 20 – 40                          | 176        | 45,5       |
| 41 – 60                          | 119        | 30,8       |
| > 60                             | 66         | 17,3       |
| <b>Classificação de risco</b>    |            |            |
| Vermelho                         | 20         | 5,1        |
| Amarelo                          | 170        | 42,1       |
| Verde                            | 174        | 47,1       |
| Não informado                    | 22         | 5,7        |
| <b>Queixa principal</b>          |            |            |
| Outras*                          | 103        | 26,6       |
| Dor moderada                     | 100        | 25,9       |
| Dor severa                       | 55         | 14,2       |
| Mal súbito                       | 30         | 7,8        |
| Dor leve                         | 25         | 6,5        |
| Dor no peito                     | 22         | 5,7        |
| Acidente automobilístico         | 18         | 4,7        |
| Respiração ineficaz              | 9          | 2,3        |
| Pequena hemorragia incontrolável | 7          | 1,9        |
| Febre                            | 6          | 1,6        |
| Acidente com animais             | 6          | 1,6        |
| Vômitos persistentes             | 5          | 1,2        |
| <b>Total</b>                     | <b>386</b> | <b>100</b> |

\*Queixas com frequência menor que cinco: síncope, gastrite, náusea, vertigem, queda de própria altura, embriaguez, crise hipertensiva, hiperglicemia, disúria, convulsão, violência sexual e prurido inespecífico.

Na segunda etapa deste estudo, foram reanalisadas as triagens de todos os casos selecionados, proporcionando a construção da Tabela 2, na qual foram excluídos os atendimentos que não foram classificados diante do risco (n=22), a fim de minimizar os vieses de pesquisa.

**Tabela 2.** Coeficiente de Kappa entre as classificações de risco válidas ocorridas na amostra (n = 364) e as reclassificações dos especialistas. Presidente Prudente/SP, 2016.

| Coeficiente de Kappa<br>= 0,16 | Reclassificação por especialistas |            |            | Total      |     |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|------------|------------|-----|
|                                | Vermelho                          | Amarelo    | Verde      |            |     |
| Classificação de risco         | Vermelho                          | 20         | 0          | 0          | 20  |
|                                | Amarelo                           | 55         | 115        | 0          | 170 |
|                                | Verde                             | 2          | 62         | 110        | 174 |
| <b>Total</b>                   | <b>77</b>                         | <b>177</b> | <b>110</b> | <b>364</b> |     |

Evidencia-se que esta avaliação apresenta um coeficiente de Kappa com ligeira concordância (0,16), ou seja, entre a classificação de risco realizada no Pronto Socorro e a nova classificação com base no protocolo da instituição, houve baixa concordância, estatisticamente comprovada.

## Discussão

Considerando o sexo dos sujeitos de investigação, observa-se que há equidade entre a população, feminina (50,77%) e masculino (49,3%) estes dados também são evidenciados em um estudo que avalia 5.455 casos com fatores de mortalidade em um pronto socorro no qual 57,6% eram do sexo feminino<sup>9</sup>. Estes dados demonstram que em atendimentos de saúde pelo SUS o acesso Universal garante o direito de entrada para ambos o sexo.

Em relação a idade dos pacientes atendidos, há maior procura de atendimentos por pessoas das faixas etárias de 20-40 (45,5%) e 41-60 anos (30,8%). Em um estudo que avalia a utilização do Protocolo de Manchester em um hospital escola de Belo Horizonte, também foi observado que na maioria dos atendimentos, prevalece a faixa etária 20-40 (41,2%) e 41-60 (28,5%)<sup>10</sup>. Os dados observados nos dois trabalhos podem ser justificados pelo motivo de que as pessoas que estão inclusas nas faixas etárias citadas estão mais propensas a sofrer moléstias com maior evidência no cenário de urgências nacional.

A avaliação das prioridades determinadas pelas classificações de risco realizadas demonstram que 174 (47,1%) foram classificados em verde e 170 (42%) em amarelo. O mesmo resultado foi encontrado no estudo que avaliou a pós-implantação do Sistema de Triage de Manchester em um hospital público do Estado do Mato Grosso, no qual foram classificados 3.895 pacientes como pouco urgente (verde) e 1.622 como urgentes (amarelo) de um total de 6.425 atendimentos catalogados<sup>11</sup>. Portanto, em ambos estudos a maioria dos atendimentos realizados são de baixa e média complexidade. Isso pode ser justificado pela cultura dos usuários do SUS, que ao necessitarem de atendimentos de saúde procuram de imediato os prontos socorros ao invés da atenção básica. Já nos casos urgentes, é indicado que os usuários busquem atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e se necessitarem de cuidados e intervenções de alta complexidade, serão encaminhados da UPA para o pronto socorro de alta complexidade.

Corroborar-se com estes dados um trabalho que correlaciona as categorias da classificação de risco com seus desfechos, os pesquisadores descrevem que a maioria das categorias foi de verde (52,3%) e amarelo (17,9%)<sup>12</sup>. Pode-se notar que as classificações se enquadraram dentro de verde e amarelo, levando a crer que em diversos atendimentos, o nível de emergência é baixo e com um atendimento menos crítico, que possivelmente poderia ser resolvido em uma atenção primária ou secundária de saúde da cidade, com um cuidado contínuo.

Relacionando as principais queixas encontradas na classificação de risco, pode-se identificar que estas são classificadas como: “Outros” (Tabela 1). Comparando estes dados com uma pesquisa realizada sobre a classificação das principais queixas dos pacientes triados em um Pronto Socorro de um Hospital Escola de uma capital brasileira, nota-se que a demanda deste pronto atendimento foi classificada em sua maior parte como: “Queixa no sistema aparelho locomotor” (26%), “Queixa no sistema gastrointestinal” (15,1%) e “Queixa na cavidade nasal, seios paranasais, nasofaringe e orofaringe” (10,9%)<sup>10</sup>. É possível notar que dentro do segundo estudo, as queixas notificadas são mais específicas para os sistemas corporais afetados, mesmo assim é possível que a dor seja verificada dentro destas reclamações.

Um importante sinal presente na maioria dos fluxogramas de acolhimentos com avaliação e classificação de risco é a dor. A avaliação da dor pode ser feita pelo Enfermeiro por intermédio de uma régua onde o paciente aponta o grau de sua dor, de zero a dez, no qual zero significa sem dor, e dez a maior dor sentida. Esse modelo se torna mais fácil para quem esta sendo avaliado como para quem avalia permitindo assim classificar adequadamente o paciente<sup>13</sup>.

A dor é tratada como uma manifestação subjetiva que envolve mecanismos físicos, psicossocial e cultural, experiência desagradável por ser uma das principais causas de sofrimento, pois afeta a qualidade de vida. De um modo geral leva a sintomas como alterações nos padrões de sono, apetite e libido,

causa irritabilidade, diminuição da capacidade de concentração, dificuldade em atividades familiares, profissionais e sociais<sup>14</sup>.

A tabela 2 apresenta o coeficiente de Kappa entre os acolhimentos com avaliação e classificação de risco original e as reanálises da classificação de risco. Os resultados encontrados revelam discordâncias em todos os níveis de acolhimentos. Isto significa dizer que na instituição onde este estudo foi realizado, mesmo havendo um protocolo próprio de classificação de risco, existe uma discordância entre o que é realizado com o preconizado, o que coloca em risco a prioridade dos atendimentos neste local.

Consequentemente o paciente não é atendido com a devida prioridade, diminuindo a segurança e qualidade da assistência de urgência, aumentando os riscos de morbidades e óbitos. A padronização e execução adequada das classificações de risco, dentro da mesma instituição e entre as unidades de saúde, devem garantir acessibilidade aos serviços de urgência<sup>4</sup>.

Segundo as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, o atendimento nas unidades de pronto socorro deve garantir a universalidade, equidade e integralidade em todos os atendimentos de urgências, sejam elas clínicas, cirúrgicas, ginecológicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes). Ela também preconiza que o atendimento deve ser de caráter humanizado com utilização de classificação de risco, visando a qualidade e equidade no atendimento<sup>2,4,9</sup>.

Neste sentido, evidencia-se a relevância deste estudo que comprova a baixa adesão da padronização do protocolo de classificação de risco da instituição estudada nos atendimentos da amostra, permitindo aos gestores desta instituição a aplicação de ações para a sua devida utilização e assim melhorar a segurança e qualidade da assistência de urgência local. A o mesmo tempo que apresenta como limitação a impossibilidade de verificar o quanto esta inadequabilidade influencia o atendimento de urgência à população.

## Conclusão

Com o interesse de verificar a utilização adequada do protocolo interno da instituição para classificação de risco, buscou-se uma retriagem dos atendimentos da amostra, onde após avaliação estatística, apresentou um coeficiente de Kappa com ligeira concordância (0,16), ou seja, entre a classificação realizada no Pronto Socorro e estas reanálises há baixa concordância, o que representa que as triagens não estão sendo realizadas seguindo fielmente o própria diretriz da instituição.

Diante desta consideração, enfatiza-se a necessidade da adequada classificação de risco com acolhimento humanizado no âmbito da rede de atenção às urgências, com a execução de protocolos para priorizar os atendimentos, organizar o fluxo de demandas dos usuários e garantir acesso oportuno a tecnologias adequadas diante das demandas evidenciadas

## Referências

1. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad Saúde Colet*. 2016;24(1):73-81. doi: 10.1590/1414-462X201600010106.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.600, de 07 de julho 2011. Reformula a Política Nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)* 2011 jul. 8.
3. De Souza CC. Atuação do enfermeiro na classificação de risco em serviços de urgência e emergência e a segurança do paciente. *Recom*. 2017;7(1):1-2. doi:http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2552.
4. França ISX, Marinho DDT, Baptista RS. Assistência de saúde humanizada: conquistas e desafios em Campina Grande-PB. *Rev Rene*. 2016;9(4):15-23. doi: http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v9i4.5099.

5. Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Predictive value of the Manchester Triage System: evaluation of patients' clinical outcomes. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):45-51. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680107.

6. Santos AP, Freitas P, Martins HM. Manchester Triage System version II and resource utilization in the emergency department. *Emerg Med J*. 2014;31(2):148-52. doi: http://dx.doi.org/10.1136/emermed-2012-201782.

7. Rafael MS, Portela S, Sousa P, Fernandes A. Utilização do serviço de urgência pediátrica: a experiência de um centro português. *Scienc Med*. 2017;5(1):1-8. doi: 10.15448/1980-6108.2017.1.24919

8. Silva IR, Leite JL, Trevizan MA, Mendes IAC, Silva TP, Lins SMDSB. Aprender pela pesquisa: do ensino da ciência ao campo assistencial da enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):1-8. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0329.

9. Alves ATLS, Faro A. Perfil epidemiológico da mortalidade em um hospital de urgência em Sergipe. *J Health Biol Sci*. 2016;4(2):95-101. doi:10.12662/2317-3076jhbs.v4i2.689.p95-101.2016.

10. Rezende MRM, Ercole FF, Mattos SS, Donoso MTV. Protocolo de Manchester em pronto atendimento de hospital escola. *Rev Rene*. 2016;17(6):843-9. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000600016.

11. Ferreira N, Oliveira CAP, Grassi LT, Lima SS, Grassi VMT. Proporção de atendimentos pós implantação do protocolo Manchester em um hospital público do Mato Grosso. *Rev Ciênc Estud Acad Med*. 2017;(6):49-58.

12. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Lopes MCBT, Barbosa DA, Okuno MFP, Batista REA. Correlação das categorias de classificação de risco com aspectos clínicos e desfechos. *Rev Latinoam Enferm*. 2016;24(e):2842-51. doi: 10.1590/1518-8345.1284.2842.

13. Silva AP, Diniz AS, Araújo FA, Souza CC. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester. *Rev Enferm Centro Oeste Minas*. 2013;3(1):507-17. doi: http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.287.

14. Bertinello KCG, Xavier LB, Nascimento ERP, Amante LN. Dor aguda na emergência: avaliação e controle com o instrumento de MacCaffery e Beebe. *J Health Sci*. 2016;18(4):251-6. doi: http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2016v18n4p251-256.

Gabriel Alves de Deus é enfermeiro, graduado e com aprimoramento médico-cirúrgica pela Faculdade de Enfermagem de Presidente Prudente da Universidade do Oeste Paulista (FENPP – UNOESTE). E-mail: gadd.stark@outlook.com.br

Jader Henrique Ferreira é enfermeiro, residente multiprofissional em urgência e trauma pelo hospital regional de Presidente Prudente e da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE). E-mail: jader\_hf@hotmail.com

Diego Santiago Montandon é enfermeiro, mestre e doutorando em enfermagem fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Docente da Faculdade de Enfermagem de Presidente Prudente, tutor de campo da residência multiprofissional em urgência e trauma do Hospital Regional de Presidente Prudente e da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE). E-mail: diegosmontandon@gamil.com

Simone de Godoy é enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).