RESUMO EXPANDIDO - IV. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

MATRIZ DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL PARA PACIENTES NÃO IDENTIFICADOS NA EMERGÊNCIA: SUBSÍDIOS AO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Talita Cristiana Alves (talita.cristiana@yahoo.com.br)

Fernanda Coura Pena De Sousa (fernandacouraps@gmail.com)

Elen Cristiane Gandra (elengandra@gmail.com)

Luana Vilela E Vilaça (lua_vilela@yahoo.com.br)

Clarissa Costa (clarissacantunes@gmail.com)

Allana Dos Reis Corrêa (allanareiscorrea@gmail.com)

Introdução: Em um departamento de emergência é frequente o atendimento a pacientes não identificados (PNI), definidos como aqueles cuja identidade não pode ser confirmada no momento da admissão no serviço de saúde (Sousa et al, 2026). A ausência de identificação formal, ainda que justificada pela urgência clínica, é fator de insegurança, dificuldades operacionais e maior risco percebido pelos profissionais de enfermagem. Embora os riscos associados aos PNI sejam reconhecidos, ainda são escassos instrumentos que auxiliem a

enfermagem a estratificar sua complexidade assistencial no departamento de emergência. Essa lacuna limita a priorização do cuidado, a vigilância e a gestão de risco.

Objetivos: Construir e aplicar uma matriz exploratória de complexidade assistencial para pacientes não identificados (MCA-PNI) no departamento de emergência.

Método: Estudo retrospectivo, quantitativo e exploratório, realizado a partir de banco de dados obtido a partir da coleta em prontuário eletrônico de 332 pacientes não identificados admitidos em departamento de emergência de Janeiro de 2019 a Dezembro de 2022. A coleta de dados seguiu os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil e foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CAAE: 69465223.9.0000.5149; Parecer nº 6.129.008),(CAAE: 69465223.9.3001.5119; Parecer nº 6.297.301). As variáveis disponíveis foram revisadas e organizadas em quatro domínios conceituais de complexidade assistencial: gravidade clínica, intervenção e vigilância assistencial, identificação/rastreabilidade e vulnerabilidade social/contexto de admissão. Após análise de frequência, avaliação de completude, pertinência clínica, aplicabilidade à enfermagem e risco de redundância, foram selecionados 13 marcadores binários para compor a Matriz de Complexidade Assistencial do Paciente Não Identificado. Cada marcador recebeu pontuação 0 quando ausente e 1 quando presente, resultando em escore total de 0 a 13 pontos. A complexidade foi classificada teoricamente em baixa (0–4 pontos), moderada (5–9 pontos) e alta (=10 pontos). Para validação exploratória, os níveis de complexidade e a pontuação total foram comparados ao desfecho crítico no pronto-socorro, utilizando qui-quadrado e Mann-Whitney.

Resultados: Foram analisados 332 pacientes não identificados admitidos no departamento de emergência. A aplicação da Matriz de Complexidade Assistencial do Paciente Não Identificado — MCA-PNI evidenciou elevada frequência de marcadores relacionados à gravidade clínica, necessidade de vigilância assistencial, fragilidade de identificação e vulnerabilidade contextual. Entre os 13 marcadores avaliados, os mais prevalentes foram: alta prioridade

na triagem, presente em 284 pacientes classificados pelo Protocolo de Manchester (90,4% dos válidos); atendimento em área crítica, observado em 298 pacientes (89,8%); trauma grave ou lesão relevante, presente em 258 pacientes (77,7%); não identificação no desfecho hospitalar, em 234 pacientes (70,5%); contexto de violência, acidente, intoxicação ou queimadura, em 222 pacientes (66,9%); e comprometimento neurológico, em 203 pacientes (61,1%). Marcadores relacionados à continuidade e intensidade do cuidado também foram frequentes: 170 pacientes (51,2%) permaneceram no pronto-socorro por um dia ou mais, 161 (48,5%) necessitaram de internação hospitalar e 157 (48,5% dos válidos) apresentaram registro de uso de álcool e/ou drogas antes da admissão. A instabilidade circulatória esteve presente em 136 pacientes (41,0%), enquanto 113 (35,2% dos válidos) permaneceram como PNI por mais de um dia. A fragilidade documental foi identificada em 85 pacientes (25,7% dos válidos), e o comprometimento respiratório em 54 pacientes (16,3%). A pontuação total da MCA-PNI variou de 1 a 12 pontos, em uma escala possível de 0 a 13 pontos. A maior concentração de pacientes ocorreu nas pontuações 7 pontos e 8 pontos, correspondendo a 75 pacientes (22,6%) e 90 pacientes (27,1%), respectivamente. Segundo a classificação teórica da matriz, 34 pacientes (10,2%) foram classificados como de baixa complexidade assistencial, 273 (82,2%) como de moderada complexidade e 25 (7,5%) como de alta complexidade. Na análise exploratória com o desfecho crítico no pronto-socorro, observou-se aumento progressivo da proporção de desfechos críticos conforme maior nível de complexidade: 17,6% entre pacientes de baixa complexidade, 29,7% entre os de moderada complexidade e 40,0% entre os de alta complexidade. A associação categórica não alcançou significância estatística pelo teste qui-quadrado de Pearson ($p=0,163$), embora tenha apresentado tendência ordinal na associação linear por linear ($p=0,058$). Quando considerada a pontuação total da MCA-PNI, os pacientes com desfecho crítico no pronto-socorro apresentaram maior escore de complexidade quando comparados àqueles sem desfecho crítico. O teste de Mann-Whitney demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($U=9060$, $Z=-2,994$, $p=0,003$), indicando coerência clínica da matriz.

Conclusão: A Matriz de Complexidade Assistencial do Paciente Não Identificado é uma proposta preliminar, desenvolvida com o objetivo principal de subsidiar a organização do cuidado de enfermagem e não de predizer desfechos. Como limitação desta ferramenta, algumas variáveis podem sofrer influência da qualidade do registro. Ainda assim, os achados reforçam que o paciente não identificado no departamento de emergência representa uma situação de elevada complexidade para a enfermagem, pois combina gravidade clínica, necessidade de vigilância contínua, fragilidade documental, dificuldade de rastreabilidade e vulnerabilidade social. A MCA-PNI permite organizar esses elementos em uma matriz objetiva, com potencial para apoiar a priorização do cuidado, a comunicação entre turnos, a dupla checagem de identificação provisória, a articulação interprofissional e a construção de protocolos institucionais voltados à segurança do paciente. Na prática, a matriz pode subsidiar a detecção precoce de PNI com maior demanda assistencial, contribuindo para qualificação da gestão do cuidado no departamento de emergência.

Referências

ACAR D; TEKIN FC. The problem of unconscious and unidentified patients in emergency department admissions; a 3-year retrospective study. PLoS One, v.19, n. 7, 2024. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307540.

BELL, S. M. et al. Treatment of the unknown patient: insights from acute stroke. Practical Neurology, v. 17, n. 6, p. 453-455, 2017. DOI: https://doi.org/10.1136/practneurol2017-001626.

JANOWAK, C. F.; AGARWAL, S. K.; ZARZAUR, B. L. What's in a name? Provider perception of injured John Doe patients. Journal of Surgical Research, v. 238, p. 218–223, 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jss.2019.01.027.

LUO et al. Emergency nurses' experience in caring for unidentified patients: A qualitative study. International Emergency Nursing, v. 74, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101455.

SOUSA, [prenomes não informados] et al. Characteristics of unidentified patients: clinical, structural, and social challenges in a public hospital. Journal of Trauma Nursing, v. 33, n. 2, p. E4, mar./abr. 2026. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000916.

Apoio financeiro: O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Matriz de complejidad asistencial para pacientes no identificados en urgencias: aportes al cuidado de enfermería

Introducción: En un departamento de emergencias es frecuente la atención de pacientes no identificados (PNI), definidos como aquellos cuya identidad no puede ser confirmada al momento de su admisión en el servicio de salud (Sousa et al., 2026). La ausencia de identificación formal, aunque esté justificada por la urgencia clínica, constituye un factor de inseguridad, dificultades operativas y mayor riesgo percibido por los profesionales de enfermería. Aunque los riesgos asociados a los PNI son reconocidos, aún existen pocos instrumentos que ayuden a la enfermería a estratificar su complejidad asistencial en el departamento de emergencias. Esta brecha limita la priorización del cuidado, la vigilancia y la gestión del riesgo.

Objetivos: Construir y aplicar una matriz exploratoria de complejidad asistencial para pacientes no identificados (MCA-PNI) en el departamento de emergencias.

Método: Estudio retrospectivo, cuantitativo y exploratorio, realizado a partir de una base de datos obtenida mediante la recolección de información de historias clínicas electrónicas de 332 pacientes no identificados admitidos en un departamento de emergencias entre enero de 2019 y diciembre de 2022. La recolección de datos siguió los principios éticos establecidos en la Resolución nº 466/2012 del Consejo Nacional de Salud de Brasil y fue aprobada por los Comités de Ética en Investigación (CAAE: 69465223.9.0000.5149; Dictamen nº 6.129.008) y (CAAE: 69465223.9.3001.5119; Dictamen nº 6.297.301). Las variables disponibles fueron revisadas y organizadas en cuatro dominios conceptuales de complejidad asistencial: gravedad clínica, intervención y vigilancia asistencial, identificación/rastreabilidad y vulnerabilidad social/contexto de admisión. Tras el análisis de frecuencia, evaluación de completitud, pertinencia clínica, aplicabilidad a enfermería y riesgo de redundancia, se seleccionaron 13 marcadores binarios para componer la Matriz de Complejidad Asistencial del Paciente No Identificado. Cada marcador recibió una puntuación de 0 cuando estaba ausente y de 1 cuando estaba presente, resultando en una puntuación total de 0 a 13 puntos. La complejidad fue clasificada teóricamente en baja (0–4 puntos), moderada (5–9 puntos) y alta (=10 puntos). Para la validación exploratoria, los niveles de complejidad y la puntuación total se compararon con el desenlace crítico en urgencias mediante las pruebas de chi-cuadrado y Mann-Whitney.

Resultados: Se analizaron 332 pacientes no identificados admitidos en el departamento de emergencias. La aplicación de la Matriz de Complejidad Asistencial del Paciente No Identificado (MCA-PNI) evidenció una elevada frecuencia de marcadores relacionados con la gravedad clínica, la necesidad de vigilancia asistencial, la fragilidad de la identificación y la vulnerabilidad contextual. Entre los 13 marcadores evaluados, los más prevalentes fueron: alta prioridad en el triaje, presente en 284 pacientes clasificados según el Protocolo

de Manchester (90,4% de los casos válidos); atención en área crítica, observada en 298 pacientes (89,8%); trauma grave o lesión relevante, presente en 258 pacientes (77,7%); ausencia de identificación al desenlace hospitalario, en 234 pacientes (70,5%); contexto de violencia, accidente, intoxicación o quemadura, en 222 pacientes (66,9%); y compromiso neurológico, en 203 pacientes (61,1%). Los marcadores relacionados con la continuidad e intensidad del cuidado también fueron frecuentes: 170 pacientes (51,2%) permanecieron en urgencias durante un día o más, 161 (48,5%) requirieron hospitalización y 157 (48,5% de los casos válidos) presentaron registro de consumo de alcohol y/o drogas antes de la admisión. La inestabilidad circulatoria estuvo presente en 136 pacientes (41,0%), mientras que 113 (35,2% de los casos válidos) permanecieron como PNI durante más de un día. La fragilidad documental fue identificada en 85 pacientes (25,7% de los casos válidos) y el compromiso respiratorio en 54 pacientes (16,3%). La puntuación total de la MCA-PNI varió entre 1 y 12 puntos, en una escala posible de 0 a 13 puntos. La mayor concentración de pacientes se observó en las puntuaciones de 7 y 8 puntos, correspondientes a 75 pacientes (22,6%) y 90 pacientes (27,1%), respectivamente. Según la clasificación teórica de la matriz, 34 pacientes (10,2%) fueron clasificados como de baja complejidad asistencial, 273 (82,2%) como de complejidad moderada y 25 (7,5%) como de alta complejidad. En el análisis exploratorio con el desenlace crítico en urgencias, se observó un aumento progresivo de la proporción de desenlaces críticos conforme aumentaba el nivel de complejidad: 17,6% entre los pacientes de baja complejidad, 29,7% entre los de complejidad moderada y 40,0% entre los de alta complejidad. La asociación categórica no alcanzó significación estadística mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson ($p=0,163$), aunque presentó una tendencia ordinal en la asociación lineal por lineal ($p=0,058$). Cuando se consideró la puntuación total de la MCA-PNI, los pacientes con desenlace crítico en urgencias presentaron una mayor puntuación de complejidad en comparación con aquellos sin desenlace crítico. La prueba de Mann-Whitney mostró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($U=9060$, $Z=-2,994$, $p=0,003$), indicando coherencia clínica de la matriz.

Conclusión: La Matriz de Complejidad Asistencial del Paciente No Identificado es una propuesta preliminar desarrollada con el objetivo principal de apoyar la organización del cuidado de enfermería y no de predecir desenlaces. Como limitación de esta herramienta, algunas variables pueden verse influenciadas por la calidad de los registros. Aun así, los hallazgos refuerzan que el paciente no identificado en el departamento de emergencias representa una situación de elevada complejidad para la enfermería, ya que combina gravedad clínica, necesidad de vigilancia continua, fragilidad documental, dificultad de rastreabilidad y vulnerabilidad social. La MCA-PNI permite organizar estos elementos en una matriz objetiva, con potencial para apoyar la priorización del cuidado, la comunicación entre turnos, la doble verificación de la identificación provisional, la articulación interprofesional y la construcción de protocolos institucionales orientados a la seguridad del paciente. En la práctica, la matriz puede contribuir a la detección temprana de PNI con mayor demanda asistencial, favoreciendo la cualificación de la gestión del cuidado en el departamento de emergencias.

Referencias

ACAR D; TEKIN FC. The problem of unconscious and unidentified patients in emergency department admissions; a 3-year retrospective study. PLoS One, v.19, n. 7, 2024. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307540.

BELL, S. M. et al. Treatment of the unknown patient: insights from acute stroke. Practical Neurology, v. 17, n. 6, p. 453-455, 2017. DOI: https://doi.org/10.1136/practneurol2017-001626.

JANOWAK, C. F.; AGARWAL, S. K.; ZARZAUR, B. L. What’s in a name? Provider perception of injured John Doe patients. Journal of Surgical Research, v. 238, p. 218–223, 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jss.2019.01.027.

LUO et al. Emergency nurses' experience in caring for unidentified patients: A qualitative study. International Emergency Nursing, v. 74, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101455.

SOUSA, [prenomes não informados] et al. Characteristics of unidentified patients: clinical, structural, and social challenges in a public hospital. Journal of Trauma Nursing, v. 33, n. 2, p. E4, mar./abr. 2026. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000916.

Apoyo financiero: Este trabajo fue realizado con el apoyo de la Coordinación para el Perfeccionamiento del Personal de Nivel Superior de Brasil (CAPES) – Código de Financiamiento 001.

Care Complexity Matrix for Unidentified Patients in the Emergency Department: Support for Nursing Care

Introduction: In emergency departments, the care of unidentified patients (UPs) is common. These patients are defined as individuals whose identity cannot be confirmed at the time of admission to a healthcare service (Sousa et al., 2026). The absence of formal identification, although justified by clinical urgency, is a source of safety concerns, operational difficulties, and increased perceived risk among nursing professionals. Although the risks associated with UPs are well recognized, there is still a lack of instruments to help nursing professionals

stratify their care complexity in emergency departments. This gap limits care prioritization, surveillance, and risk management.

Objectives: To develop and apply an exploratory Care Complexity Matrix for Unidentified Patients (CCM-UP) in the emergency department.

Methods: This retrospective, quantitative, and exploratory study was conducted using a database obtained from electronic health records of 332 unidentified patients admitted to an emergency department between January 2019 and December 2022. Data collection followed the ethical principles established by Brazilian National Health Council Resolution No. 466/2012 and was approved by the Research Ethics Committees (CAAE: 69465223.9.0000.5149; Approval No. 6,129,008) and (CAAE: 69465223.9.3001.5119; Approval No. 6,297,301). Available variables were reviewed and organized into four conceptual domains of care complexity: clinical severity, care intervention and surveillance, identification/traceability, and social vulnerability/admission context. After frequency analysis and evaluation of completeness, clinical relevance, applicability to nursing, and redundancy risk, 13 binary indicators were selected to compose the Care Complexity Matrix for Unidentified Patients. Each indicator received a score of 0 when absent and 1 when present, resulting in a total score ranging from 0 to 13 points. Complexity was theoretically classified as low (0–4 points), moderate (5–9 points), and high (=10 points). For exploratory validation, complexity levels and total scores were compared with critical emergency department outcomes using chi-square and Mann-Whitney tests.

Results: A total of 332 unidentified patients admitted to the emergency department were analyzed. Application of the Care Complexity Matrix for Unidentified Patients (CCM-UP) revealed a high frequency of indicators related to clinical severity, need for care surveillance, identification fragility, and contextual vulnerability. Among the 13 indicators evaluated, the most prevalent were: high triage priority, present in 284 patients classified according to the

Manchester Triage System (90.4% of valid cases); treatment in a critical care area, observed in 298 patients (89.8%); severe trauma or significant injury, present in 258 patients (77.7%); remaining unidentified at hospital outcome, in 234 patients (70.5%); context of violence, accident, intoxication, or burns, in 222 patients (66.9%); and neurological impairment, in 203 patients (61.1%). Indicators related to continuity and intensity of care were also frequent: 170 patients (51.2%) remained in the emergency department for one day or longer, 161 (48.5%) required hospital admission, and 157 (48.5% of valid cases) had documented alcohol and/or drug use before admission. Circulatory instability was present in 136 patients (41.0%), while 113 (35.2% of valid cases) remained unidentified for more than one day. Documentation fragility was identified in 85 patients (25.7% of valid cases), and respiratory impairment in 54 patients (16.3%). Total CCM-UP scores ranged from 1 to 12 points on a possible scale of 0 to 13 points. The highest concentration of patients occurred at scores of 7 and 8 points, corresponding to 75 patients (22.6%) and 90 patients (27.1%), respectively. According to the matrix's theoretical classification, 34 patients (10.2%) were classified as low care complexity, 273 (82.2%) as moderate complexity, and 25 (7.5%) as high complexity. Exploratory analysis of critical emergency department outcomes showed a progressive increase in the proportion of critical outcomes as complexity levels increased: 17.6% among low-complexity patients, 29.7% among moderate-complexity patients, and 40.0% among high-complexity patients. The categorical association did not reach statistical significance using Pearson's chi-square test ($p=0.163$), although it showed an ordinal trend in the linear-by-linear association ($p=0.058$). When the total CCM-UP score was considered, patients with critical emergency department outcomes had significantly higher complexity scores than those without critical outcomes. The Mann-Whitney test demonstrated a statistically significant difference between groups ($U=9060$, $Z=-2.994$, $p=0.003$), indicating the matrix's clinical coherence.

Conclusion: The Care Complexity Matrix for Unidentified Patients is a preliminary proposal developed primarily to support the organization of nursing care rather than to predict outcomes. As a limitation, some variables may be

influenced by the quality of documentation. Nevertheless, the findings reinforce that unidentified patients in the emergency department represent a highly complex situation for nursing practice, combining clinical severity, need for continuous surveillance, documentation fragility, traceability challenges, and social vulnerability. The CCM-UP organizes these elements into an objective matrix with potential to support care prioritization, shift-to-shift communication, double-checking of temporary identification, interprofessional collaboration, and the development of institutional patient safety protocols. In practice, the matrix may assist in the early identification of UPs with greater care demands, contributing to improved care management in emergency departments.

References

ACAR D; TEKIN FC. The problem of unconscious and unidentified patients in emergency department admissions; a 3-year retrospective study. PLoS One, v.19, n. 7, 2024. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307540.

BELL, S. M. et al. Treatment of the unknown patient: insights from acute stroke. Practical Neurology, v. 17, n. 6, p. 453-455, 2017. DOI: https://doi.org/10.1136/practneurol2017-001626.

JANOWAK, C. F.; AGARWAL, S. K.; ZARZAUR, B. L. What's in a name? Provider perception of injured John Doe patients. Journal of Surgical Research, v. 238, p. 218–223, 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jss.2019.01.027.

LUO et al. Emergency nurses' experience in caring for unidentified patients: A qualitative study. International Emergency Nursing, v. 74, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101455.

SOUSA, [prenomes não informados] et al. Characteristics of unidentified patients: clinical, structural, and social challenges in a public hospital. Journal of

Trauma Nursing, v. 33, n. 2, p. E4, mar./abr. 2026. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000916.

Funding: This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

Palavras-chave: pacientes não identificados; serviço hospitalar de emergência; segurança do paciente; gestão de riscos; cuidados de enfermagem.