



O ENFERMEIRO NA REALIZAÇÃO DA TRIAGEM COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO UTILIZANDO O PROTOCOLO DE MANCHESTER-uma revisão bibliográfica

Monik Priscila Souto Muller¹
Benedito de Souza Gonçalves Junior²
Priscilla Itatianny de Oliveira Silva²
Renato Philipe de Sousa²

RESUMO

O presente estudo buscou, por meio de metodologia denominada pesquisa bibliográfica, verificar o papel da enfermagem na realização da triagem com classificação de risco utilizando o Protocolo de Manchester. Considerou-se inicialmente que a aplicação de protocolo de atendimento em unidades de urgência e emergência é fundamental para agilizar e classificar o atendimento, priorizando os pacientes que apresentam maior suscetibilidade a riscos de agravamento ou morte, sendo que o enfermeiro desempenha um papel crucial no atendimento. A fim de atingir o objetivo proposto apontou a importância da triagem no pronto atendimento hospitalar, comentou o surgimento, o funcionamento e eficácia do Protocolo de Manchester e identificou as atribuições do enfermeiro na realização da triagem. Concluiu-se que o protocolo de Manchester, adotado pelo Ministério da Saúde, para as unidades públicas de urgência, é considerado eficiente e possibilita melhorar o primeiro atendimento ao paciente, contribuindo para a agilização do atendimento e encaminhamento ao especialista mais adequado. Na aplicação do protocolo os enfermeiros são os principais responsáveis e é essencial que detenham o conhecimento técnico-científico adequado e outras qualidades, consideradas individuais.

Palavras-chave: Enfermagem. Triagem hospitalar. Emergência.

ABSTRACT

The present study sought, by means of a methodology called bibliographic research, check the role of nursing in the implementation of the screening with risk classification using the Manchester protocol. It was initially considered that the application of protocol of care in urgency and emergency units is fundamental to streamline and classify the care, prioritizing the patients who present higher

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem

² Docente do curso de Enfermagem

susceptibility to risks of deterioration or death, being that the nurse plays a crucial role in care. In order to achieve the proposed objective pointed out the importance of screening at the emergency hospital care, commented on the appearance, the functioning and effectiveness of the Protocol of Manchester and identified the responsibilities of the nurse in the implementation of the screening. It was concluded that the Manchester protocol, adopted by the Ministry of Health, for the public units of urgency, it is considered to be efficient and allows you improve the first patient care, contributing to the streamlining of care and referral to a specialist most appropriate. In the implementation of the Protocol, the nurses are the main responsible and it is essential that hold the appropriate technical-scientific knowledge and other qualities, considered beds.

Keywords: *Nursing. Hospital screening. Emergency.*

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, em sua Portaria 2.048/2002 estabelece que a área de urgência e emergência é um componente essencial para a assistência à saúde. Gradativamente, nas últimas décadas, a crescente demanda por serviços na área e a estrutura insuficiente da rede contribui para a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência, necessidade básica da população. Por esse motivo, a área é uma das mais problemáticas de todo o sistema de saúde brasileiro (SANTOS, 2010).

A assistência de urgências predomina nos serviços exclusivos para esse fim, os chamados prontos-socorros, devidamente estruturados e equipados para tal ou não. Como permanecem abertos por 24 horas do dia, funcionam como a porta de entrada para o sistema de saúde, recebendo diversos tipos de pacientes: de urgência, com quadros entendidos como urgências, sem atenção primária e outros mais (MOREIRA, 2010).

Essas demandas, comentam Oliveira e Scochi (2002), chegam para as unidades de urgência causando superlotação e sobrecarga da qualidade da assistência que deveria ser prestada à população que precisa realmente da assistência diferenciada. De maneira geral, as urgências onde existem hemorragias, fraturas e febre alta são atendidas fazendo com que pacientes com quadros graves esperem por horas o atendimento de urgência dentro de um hospital.

Apesar de os serviços de emergência ser destinados às pessoas em situações de gravidade, comenta Santos (2010), o atendimento em pronto-socorro, especificamente, vem sendo cada vez mais procurado para atender problemas não urgentes. Isso pode ser explicado não apenas pelas falhas no atendimento com enfoque preventivo, mas também pela aparente comodidade às pessoas ansiosas pela resolução dos problemas de saúde que, em outros serviços, seriam encaminhadas ao atendimento ambulatorial com marcação de consulta em data oportuna.

Para Oliveira e Scochi (2002) outra situação preocupante para o sistema de saúde é a verificada proliferação de unidades de pronto atendimento que oferecem atendimento médico 24 horas do dia, porém sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Embora cumprindo o papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, esses serviços oferecem atendimento de baixa qualidade e de pequena resolubilidade que implica repetidos retornos e enorme produção de “consultas de urgência”.

Por outro lado, compreende Moreira (2010), deve-se evitar que quadros mal definidos sejam encaminhados ao ambulatório, por risco de evolução danosa; sendo assim, recomenda-se respeitar o critério do paciente ou da família quanto à possível gravidade do quadro. Triagem adequada á possível gravidade do quadro. Triagem adequada, por exemplo, estabelecido ou da família quanto á possível gravidade do quadro. Triagem adequada, por exemplo, estabelece prioridades no atendimento, de forma que quadros relacionados à ansiedade das pessoas envolvidas sejam adequadamente atendidos e devidamente encaminhados a outros serviços, sem prejudicar o atendimento de pessoas gravemente enfermas.

Segundo Santos (2010) em todo o mundo a triagem é realizada por enfermeiros, devidamente capacitados por treinamento específico, tendo como objetivo a identificação dos pacientes que necessitam ser atendidos primeiro e outros que podem esperar pelo atendimento.

Mendes (2011) afirma que, para garantir a segurança de seus pacientes, a maioria dos hospitais utiliza a técnica de triagem denominada Protocolo de Manchester, surgida na cidade de mesmo nome, no ano de 1977. Para que essa técnica seja adotada os pacientes devem ser classificados por cores, de acordo com

a gravidade do problema. Com o passar do tempo inúmeros outros países adotaram tal sistema de triagem e no Brasil, o registro dos primeiros atendimentos utilizando esse protocolo data do ano de 2008, no estado de Minas Gerais.

A utilização de cores para classificar os riscos, adotada pelo Protocolo de Manchester faz com que este seja interessante para os hospitais porque torna mais rápido e efetivo o atendimento dos pacientes, encaminhando-os para o atendimento necessário num prazo de tempo que a gravidade suporta.

Dessa forma, busca-se aqui comentar o surgimento deste sistema de triagem, a forma como é aplicado e suas vantagens para o ambiente hospitalar.

METODOLOGIA DO ESTUDO

Neste estudo a pesquisa foi considerada exploratória que, de acordo com Gil (2010), tem por objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, isto é, será necessário conhecer o ambiente de trabalho, como por exemplo, a sala de triagem e de espera, os formulários a ser preenchidos, os procedimentos feitos no momento e o que mais for conveniente ao estudo. Além de exploratória a pesquisa será considerada do tipo descritiva, pois descreverá as características do ambiente de trabalho a fim de descobrir os problemas existentes no processo de triagem, bem como a forma como o protocolo adotado atende às necessidades do local.

Quanto aos procedimentos técnicos, esta pesquisa será considerada do tipo bibliográfica, pois de acordo com Macedo (1996), é aquela em que se selecionam fontes de acordo com o problema de pesquisa, tais como livros, verbetes de enciclopédia, artigos de revistas, trabalhos de congressos, teses, entre outros. O primeiro passo para qualquer tipo de pesquisa científica é a pesquisa bibliográfica, pois é preciso revisar a literatura para não redundar o tema de estudo ou experimentação.

Como critério de inclusão no estudo adotou-se os parâmetros: textos completos, no idioma português, cujos descritores eram “enfermagem”, “triagem” e “emergências” com recorte temporal compreendido entre 2007 e 2016, disponíveis na base de dados Scielo. Dessa forma, as fontes que não atendiam a estes parâmetros foram descartadas.

IMPORTÂNCIA DA TRIAGEM NO PRONTO ATENDIMENTO HOSPITALAR

Durante um longo tempo, o termo triagem hospitalar era utilizado para indicar a etapa de recebimento dos pacientes em hospitais e clínicas; até então, grande parte dos profissionais responsáveis não era qualificada. Na maioria das vezes, aponta Vinha (2009), o resultado gerava atendimento ruim e riscos de agravamento do estado dos enfermos uma vez que podia ser demorado e o direcionamento dado não era o adequado.

Para Ramos (2003) o atendimento feito obedecendo a ordem de chegada não definia o grau da enfermidade dos pacientes, ocasionando diversos casos de morbidade e até mesmo contribuindo para a fatalidade.

Refletindo sobre esta necessidade que existia em âmbito mundial, acrescenta Ramos (2003), criou-se os sistemas de classificação de risco tornando a triagem hospitalar mais eficiente na classificação dos pacientes quanto ao grau de urgência, indicando acertadamente os profissionais de saúde aos quais devem se encaminhar.

Segundo Shimazaki (2008) no primeiro contato com o paciente é realizada a triagem de forma a se determinar o melhor encaminhamento para cada caso.

Triagem, para Mendes (2011), significa escolha, seleção. Esse procedimento segue diferentes rotinas conforme a instituição, mas sempre deve obtenção de informações específicas.

A triagem bem feita, defende Moreira (2010), é o primeiro passo para o bom atendimento.

Cabe salientar, compreende a Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde (BRASIL, 2002), que a triagem é indicada somente quando o paciente não apresenta risco de morte (urgência de baixa e/ou média complexidade), conforme demonstrado a seguir:

1. Casos sem risco de morte (urgências² de baixa e/ou média complexidade): realizar triagem para atendimento; prestar atendimento social ao acompanhante e ao paciente; realizar procedimentos e atendimentos de urgência; realizar higienização do paciente; realizar

demais procedimentos de enfermagem; prestar apoio diagnóstico e terapêutico; e manter observação.

2. Casos com risco de morte (emergência³) ou casos sem risco de morte (urgência de alta complexidade): realizar primeiro o atendimento ao paciente; realizar procedimentos de emergência e urgência de alta complexidade; prestar atendimento social ao acompanhante e ao paciente; realizar procedimentos de enfermagem; prestar apoio diagnóstico e terapêutico; e manter observação.

Para Oliveira e Scochi (2002) a triagem em unidade de primeiro atendimento é necessidade cada vez mais preocupante para o profissional de saúde que realiza suas atividades nesse setor. A triagem estruturada, por meio de classificação de risco, permite que pacientes mais graves sejam prontamente atendidos.

Santos (2010) defende que a principal finalidade da triagem é escolher quais pacientes devem ter prioridade no atendimento, ou seja, fazer com que os pacientes mais graves sejam atendidos primeiro. Vale ressaltar que a triagem não deve ter como finalidade a “exclusão” do paciente para atendimento, mais, sim, organizar o fluxo de paciente no sistema de saúde e selecionar mais adequados para o diagnóstico e o tratamento adequado do problema de saúde apresentado. Como consequência, espera-se a otimização do tempo e dos recursos utilizados.

Atualmente, comenta Silva (2008), o termo “triagem” é pouco utilizado, sendo substituído pela expressão “classificação de risco”, que expressa melhor a finalidade da ação e vários são os modelos de classificação de risco disponíveis. Os mais conhecidos são o modelo australiano, canadense, americano, de Manchester e o de Andorra.

O modelo australiano, comenta Silva (2011), denominado *Australian Triage Scale - ATS*, foi um dos pioneiros em relação à implementação por hospitais. Mesmo sendo atualmente, pouco utilizado, despertou nos órgãos de saúde a consciência da necessidade de implantar a classificação de risco. Também foi o primeiro em implantação de padrões até hoje utilizados.

A realização do protocolo de triagem ATS, segundo Pons (2005), dura

entre dois a cinco minutos e foi o primeiro a adotar tempos de espera de acordo com gravidade classificando os pacientes em cinco níveis de prioridade, fazendo a descrição dos critérios clínicos de cada nível e o tempo de espera para atendimento médico de cada caso. Enquanto aguarda atendimento, o paciente deve ser reavaliado continuamente, pois ocorrências relevantes podem indicar a mudança na categoria de classificação.

O modelo canadense, *Canadian Triage and Acuity Scale*, comentado por Sabbadini e Gonçalves (2008), é bem parecido com o modelo australiano em suas concepções básicas, entretanto, é mais complexo no que se refere à classificação dos riscos. Atualmente, é aplicado apenas no Canadá tendo como base de atendimento situações pré-definidas, ou seja, não é tão abrangente quanto o modelo anterior. Esse modelo partiu da escala australiana e foi ampliado, de modo a descrever sinais e sintomas detalhados que devem ser investigados em cada nível de classificação. Da mesma forma, os pacientes são classificados em cinco níveis de prioridade. Periodicamente, é revisada, atualizada e aperfeiçoada.

Outro modelo, de origem americana, chamado *Emergency Severity System*, trabalha com um único padrão de atendimento; a partir deste provê aos enfermeiros os recursos necessários. Este sistema, comenta Ramos (2003), é utilizado em parte do território americano.

Segundo Ramos (2003) utiliza apenas um algoritmo representado pelos passos necessários para classificação, tendo como foco prover os recursos para o atendimento, garantindo que o paciente tenha acesso a eles no tempo ideal. Nesta escala, os riscos são estratificados em cinco prioridades, mas não define o alvo para o atendimento médico.

O próximo modelo, chamado Andorra ou *Model Andorra del Triage* e esclarecido por Santos e Scarpelini (2013), tem aplicação mais demorada. É composto de padrões pré-estabelecidos, acrescidos de outros discriminantes e sintomas considerados para cada paciente. É muito pouco usado, mais comum aos grandes centros médicos onde são disponíveis várias especialidades.

O último, chamado sistema de Manchester, é adotado no Brasil pelo Ministério da Saúde e em outras várias partes da Europa. Considera os tipos de enfermidades e o tempo de espera correspondente cada uma delas. Segundo Silva (2008) leva em conta as necessidades e urgências de cada paciente, aplicado principalmente em postos de saúde, e hospitais.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Em 2003, comenta Pons (2005), o Ministério da Saúde propôs a política nacional de humanização (PNH), e entre os parâmetros de sua implementação na atenção hospitalar foram propostos dois níveis crescentes de padrões para adesão, quais sejam: a realização de mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários e o acolhimento com classificação de risco nas áreas de acesso (pronto-socorro, pronto atendimento, ambulatório e serviço de apoio ao diagnóstico e tratamento – SADT).

Para Souza *et al.* (2010) a classificação de risco é o processo de identificação dos pacientes que permite priorizar os que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, sendo organizados em ordem decrescente de complexidade e seus objetivos são avaliar o paciente logo em sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento; descongestionar o pronto-socorro; reduzir para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com sua gravidade; determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Exemplo: ortopedia, ambulatórios etc.; informar o tempo de espera; promover ampla informação sobre o serviço aos usuários; e retornar informações a familiares.

Bittencourt e Hortale (2009) compreendem que o enfermeiro é o profissional preparado para exercer essa função, sendo-lhe garantidas, através da lei do exercício profissional, a consulta de enfermagem e a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública em rotina aprovada pela instituição de saúde.

Para Santos (2010) o técnico auxiliar de enfermagem não possui competência legal para realizar consultas de enfermagem, triagem clínica, prescrição terapêutica, e determinar níveis de intervenção ou dispensar pacientes sem o necessário atendimento terapêutico, cabendo-lhes executar a prescrição de enfermagem e realizar as anotações pertinentes. A equipe de enfermagem que atende pacientes em unidades de emergências, portanto, deve conhecer as alterações funcionais de alerta, bem como as condutas possíveis no atendimento inicial, no âmbito de sua atuação e no da atuação médica, de forma a acompanhar a proposta de sistematização e de qualificação do atendimento emergencial.

Mendes (2011) defende que quando a atenção na urgência e sua gestão são pautadas pelo acolhimento com classificação de risco, é necessário lembrar que modos diferenciados de trabalho serão expressos nesse ambiente, solicitando mudanças e adequação dos espaços e de fluxos que favoreçam o processo de trabalho.

Silva (2011) lembra que para melhorar o atendimento deste modo de atenção na urgência, o Ministério da Saúde confeccionou uma cartilha sobre acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência, sugerindo composição espacial por eixos e áreas que estabelecem os níveis de risco conforme o perfil dos pacientes. Essa proposta de desenho desenvolve-se pelo menos em dois eixos: o do paciente grave (com risco de morte), chamado pelo Ministério da Saúde de *eixo vermelho*, e do paciente aparentemente não grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, chamado de *eixo azul*.

Com exceção do modelo americano, apontam Souza, Figueiredo e Pinto (2010), a maioria dos sistemas hospitalares de triagem trabalha utilizando como instrumentos tabelas e colunas bem definidas para definir o tipo de atendimento adequado e os níveis de urgência no atendimento.

Ainda segundo Souza, Figueiredo e Pinto (2010) durante o tempo em que os recepcionistas fazem a triagem inicial, cadastrando pacientes, criando prontuários e outros registros afins, extremamente necessários à organização hospitalar e segurança do paciente, os enfermeiros desenvolvem o processo de classificação da gravidade da situação.

Para Smelter e Bare (2012) é imprescindível lembrar que a classificação de risco de um paciente, num hospital ou clínica, é responsabilidade apenas dos enfermeiros, pois estes são capacitados profissionalmente através dos estudos aprofundados sobre os sistemas de classificação de risco disponíveis, principalmente sobre o que é implantado.

Outra questão que deve ser discutida e acompanhada na triagem hospitalar é referente à humanização do processo, defendem Smelter e Bare (2012). Em todas as etapas do atendimento aos pacientes, é necessária a presença de cuidado adequado, tanto com as enfermidades quanto com o estado psicológico no momento. É necessário considerar que o atendimento feito é direcionado a uma pessoa com sintomas que variam em intensidade, mas em situação crítica.

Considerando a perspectiva estabelecida pela Política de Humanização

do SUS, finaliza Silva (2011), a triagem deve ser realizada integralmente, considerando o acolhimento, o vínculo e o cuidado na escuta das necessidades que o paciente relata ou apresenta, de modo articulado aos saberes técnicos e o que a rede de serviços de saúde oferta. A humanização do trabalho na saúde exige uma preocupação além das paredes do hospital, assim, é preciso considerar a condição social do paciente se informando de fatores, tais como: moradia, trabalho, escolaridade e acesso aos serviços públicos, garantindo ao paciente condições que promovam o bem-estar físico, mental e social.

PROTOCOLO DE MANCHESTER - HISTÓRIA, FUNCIONAMENTO E EFICÁCIA

No ano de 1994, inicia Santos (2010), foi organizado o Grupo de Triagem de Manchester, composto por médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência da cidade de mesmo nome. A formação do grupo tinha por objetivo criar normas de triagem, possibilitando desenvolver nomenclaturas e definições comuns. Também pretendia a promoção de uma consistente metodologia de triagem, de programa de formação em serviço, e elaboração de um guia de auditoria voltada para a triagem. Após a composição do grupo, fez-se um levantamento da linguagem das escalas e protocolos de triagem utilizados até a data, como estratégia para identificação de termos comuns.

Como consequência, segundo Moreira (2010), foram estabelecidas cinco categorias de gravidade para emergência e, para cada uma, foi atribuída uma cor, um número e um nome, além de ser estabelecido os limites de tempo para espera até a ocorrência do primeiro contato com o médico do serviço de urgência. Os valores e regras adotados foram obtidos pelo consenso encontrado durante as reuniões realizadas em todo o Reino Unido com representantes da enfermagem e médicos em exercício nos serviços de urgência.

No Brasil, informa Silva (2011), os sistemas de classificação de risco adotaram caráter de recomendação por ocasião da Portaria GM 2048 no ano de 2002 na qual eram regulamentados os serviços de urgência e emergência.

Segundo Dias (2014) no mesmo documento o termo internacionalmente usado até então, triagem, foi substituído por Classificação de Risco, tendo sido o estado de Minas Gerais o primeiro a adotar a utilização do Sistema de triagem Manchester como política pública desde 2008. Como representante nacional, o



Protocolo de Manchester tem o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de risco (GBACR) por meio de autorização concedida pelo *Manchester Triage Goup* (MTG) e *British Medical Journal*.

A grande vantagem desta Triagem é separar os casos verdadeiramente urgentes dos não urgentes e garantir o atendimento prioritário dos casos mais graves”, explica a enfermeira. Ela ainda informa que os pacientes deixam de ser atendidos pela ordem de chegada ao setor de urgência e passam a ser em função da gravidade da situação. É um grande passo para a sistematização da assistência. O fato de os doentes estarem ordenados por prioridades é vantajoso para os profissionais, que passam a ter uma imagem clara do número de doentes que se encontram no setor e da sua gravidade, permitindo gerir as tarefas a atuar de forma mais correta e responsável (DIAS, 2014, p.28).

Santos e Scarpelini (2013) consideram que a implantação da Triagem é bastante vantajosa para o paciente que, ao passar pela metodologia de classificação de risco, terá o risco de morte pela demora no atendimento, bem reduzido ou exterminado em situações que o tempo de atendimento seja fator determinante para a recuperação do estado saudável e para intervenções mais assertivas de acordo com a queixa que levou o paciente a procurar o serviço.

Santos (2010) entende que a utilização das técnicas previstas no Protocolo de Manchester, devidamente obedecido, possibilita que os atendimentos sejam realizados de maneira rápida e eficaz, tendo em vista que no atendimento à saúde existe uma luta diária contra o tempo. Este sistema representa uma técnica eficiente porque classifica os pacientes de acordo com os níveis de urgência que o atendimento representa, dando a prioridade necessária aos casos graves ao mesmo tempo em que os menos graves podem ser encaminhados a outros serviços caso não seja possível o atendimento hospitalar.

Souza *et al.* (2010) concordam que esse método de classificação realiza a função de um filtro no atendimento de emergência, auxiliando para evitar a superlotação nos hospitais, contribuindo para que o paciente tenha conhecimento da previsão de seu atendimento, o que colabora para melhorar o quadro de ansiedade que é comum durante a espera. Outro fator considerado benéfico é que este método de triagem estabelece uma padronização no atendimento hospitalar uma vez que a avaliação e a classificação dos pacientes serão feitas sempre da mesma forma, independente da especialidade, horário ou situação em que ocorra a procura. Isso contribui também para que não haja privilégios a nenhum paciente.

APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER

O Sistema de Classificação de Risco (SCR) componente deste protocolo dispõe de 52 entradas, chamadas de fluxos ou algoritmos para a classificação da gravidade da situação do paciente codificada em cores. Segundo Silva (2011) os fluxogramas utilizados são agrupados de maneira que seja possível identificar sinais, sintomas ou síndromes que motivaram o paciente a buscar o atendimento.

Nas concepções de Moreira (2010) o Protocolo de Manchester representa um sistema de triagem com aplicação e funcionamento baseados em cinco cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Cada uma dessas cores representa o grau de urgência no atendimento do paciente. O paciente classificado com a cor vermelha é direcionado para o atendimento de emergência, pois não pode esperar por ele. A cor laranja indica que o atendimento é muito urgente, mas pode haver uma pequena espera que não poderá ser maior que 10 minutos. O paciente classificado com o amarelo deve ter atendimento urgente, mas pode aguardar por até 50 minutos. Em seguida estão os pacientes classificados com a cor verde que significa atendimento pouco urgente, podendo aguardar por até duas horas ou ser encaminhado para serviços de saúde fora do ambiente hospitalar. A cor azul indica que não há urgência e o tempo de espera pode ser de até 4 horas ou ainda o paciente poderá também ser encaminhado a outros serviços de saúde.

Moreira (2010) explica que, quando o paciente chega ao hospital será aberto um prontuário médico antes de ser encaminhado para que um enfermeiro realize uma avaliação do seu estado clínico, considerando seus sinais vitais, dores, sintomas e outros indicadores que forem necessários. Após a avaliação, o paciente receberá uma pulseira com a cor que indica a urgência no atendimento.

A Figura 1 a seguir ilustra a relação entre cores, classificação da situação e a concepção dada em relação ao risco.

FIGURA 1: Protocolo de Manchester - níveis de gravidade e respectivas cores.



FONTE: Mendes (2011).

Santos (2010) acredita que a utilização do Protocolo de Manchester é vantajosa para os hospitais, pois possibilita decisões mais racionais quanto ao atendimento dos pacientes. Além disso, este sistema traz igualdade para o atendimento, garantindo mais satisfação dos usuários. Nesse ponto, percebe-se a importância de uma tomada de decisão adequada.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA REALIZAÇÃO DA TRIAGEM

É consenso que o acolhimento nas unidades de urgência e emergência deva considerar todas as situações e realidades, principalmente os problemas que exigem mais atenção e dedicação do profissional. Dessa forma, Descovi (2009) entende que o acolhimento acompanhado da classificação de risco é uma das intervenções com maior potencial decisivo, rumo à meta da eficácia do atendimento.

Com a aplicação dos protocolos previamente estabelecidos, acrescentam Acosta, Duro e Lima (2012), o atendimento deve ser orientado de acordo com o nível de complexidade, deixando de lado a ordem de chegada, desfazendo o conceito de triagem considerado por muitos como excludente, propiciando o atendimento de todos.

Segundo Bellucci Júnior e Matsuda (2012) o profissional da enfermagem deve averiguar quais motivos levaram o paciente a procurar o serviço, avaliando e buscando saber que condições a pessoa apresenta enquanto aguarda pelo atendimento, tentando promover a sensação de bem-estar.

Silva (2011) defende que o enfermeiro é o profissional que está apto de conhecimentos proporcionais às necessidades das situações práticas. Prova disso é o fato de que as etapas de acolhida, avaliação e classificação de risco feitas pelo enfermeiro estão respaldadas pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986 (COFEN, 1986), onde está garantida a consulta de enfermagem bem como a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública.

Souza, Figueiredo e Pinto (2010) consideram que a realização de um acolhimento adequado, de acordo com as instruções das políticas de saúde exige a observação de alguns pontos que colaboram para que esse acolhimento ocorra. Entende-se que não basta que a equipe conheça a área física onde se dará o trabalho se as salas destinadas não estiverem adequadas, como geralmente ocorre.

Silva (2011) acrescenta outro ponto quando afirma que o conhecimento clínico-teórico do enfermeiro responsável pelo atendimento é um aspecto essencial, pois o profissional precisa conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes que buscam o serviço. Também devem compreender as fisiologias e patologias das alterações mais frequentes, bases necessárias à classificação.

O terceiro ponto, comentado por Santos (2010), refere-se à experiência profissional e à formação acadêmica da equipe, fator influente aplicação correta dos protocolos.

Acosta, Duro e Lima (2012) compreendem que a atuação do enfermeiro no acolhimento vai muito além dos conhecimentos técnicos científicos. Exige também uma boa capacidade de liderança, e habilidades para avaliar, ordenar e cuidar.

Para Shimazaki (2011) nos serviços hospitalares de urgência e emergência, a atuação do enfermeiro exige uma considerável capacidades e especificidades para realizar as articulações necessárias à gestão do cuidado a pacientes com necessidades mais complexas, que exigem um aprimoramento científico maior e, preferencialmente, contínuo. Também são necessárias capacidades relativas ao manejo tecnológico e humanização extensiva aos familiares atingidos pelo impacto inesperado da situação de risco à qual o paciente está submetido.

Descovi (2009) entende que o enfermeiro deve ser visto como o profissional de saúde com maior domínio de métodos necessários ao planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria, todos essenciais no processo de

gerenciamento. Acrescenta ainda que existe a real necessidade de o enfermeiro desenvolver estas e outras tantas competências gerenciais relativas aos serviços de urgência, facilitando o envolvimento com a organização dos processos necessários à classificação de risco. Para concluir a tomada de decisão, o enfermeiro deve acatar os guias e protocolos que oferecem suporte clínico e suporte a si próprio, realizando a classificação de risco de forma correta.

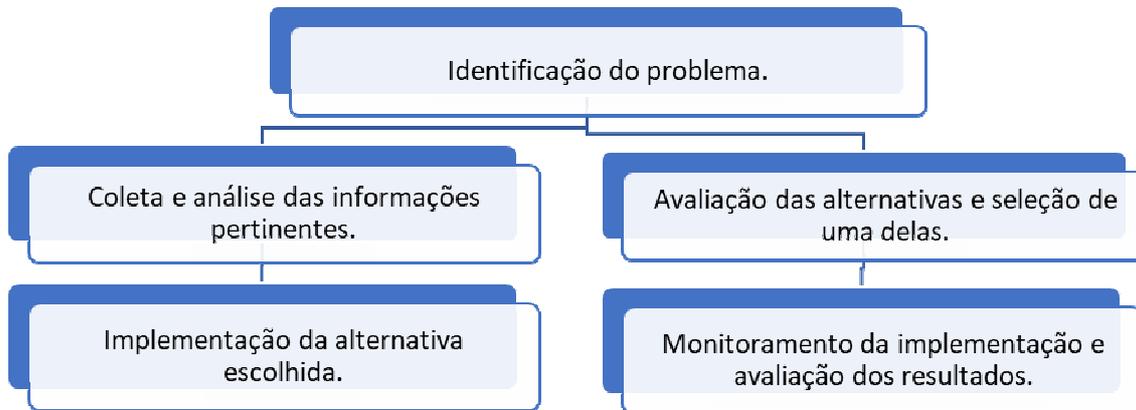
Dias (2014, p.35) comenta que, segundo a resolução COFEN 423/2012 1º parágrafo, Art. 1º “no âmbito da equipe de enfermagem, a classificação de risco e a priorização da assistência em serviços de urgência e emergência é privativa do enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão”. Porém, a mesma resolução estabelece que o profissional enfermeiro precisa ter conhecimentos, competências e habilidades que possam promover e garantir o rigor técnico-científico adequado ao procedimento.

Para Vinha (2009) a recomendação destes protocolos tem por objetivo estratificar o risco e a prioridade clínica, promovendo o atendimento correto em tempo hábil.

Como nos demais modelos, comenta Moreira (2010), no protocolo de Manchester o enfermeiro é o responsável pela realização do acolhimento dos pacientes e sua classificação com base na prioridade clínica. No Brasil, as atribuições do enfermeiro em relação ao acolhimento com classificação de risco estão previstas nas portarias do Ministério da Saúde que fazem a regulamentação dos serviços de urgência e emergência.

A tomada de decisão, ainda segundo Santos (2010), é um processo que compõe a triagem e cabe ao enfermeiro classificador a interpretação, discriminação e avaliação da queixa relatada pelo paciente. Especificamente na triagem adotada pelo protocolo de Manchester, tomar decisão refere-se ao cumprimento de uma série de passos até chegar a uma conclusão, conforme o fluxograma a seguir:

FIGURA 2: Fluxograma das etapas da aplicação do Protocolo de Manchester.



FONTE: Adaptado pela autora a partir de Silva (2011).

Dias (2014) considera que a classificação de risco a partir das etapas acima, recomendadas pelo Protocolo de Manchester, fundamenta-se em conceitos internacionais nos quais estão previstos padrões adequados ao atendimento nas emergências hospitalares de maneira a priorizar o atendimento tomando como base a indicação clínica. O objetivo desse protocolo é a superação dos problemas frequentemente comprovados no modelo tradicional de organização do atendimento que acontece de acordo com a ordem de chegada dos pacientes.

Mendes (2011) lembra que os profissionais de enfermagem que atuam em postos de emergências devem possuir capacitação específica. Acrescente-se que o mesmo profissional precisa apresentar uma boa capacidade de autocontrole e disposição para atender bem àqueles que procuram o atendimento. Nos últimos anos a função do enfermeiro destacou-se das demais devido à autonomia que tem para as tomadas de decisões, capacidade de ordenar, avaliar e cuidar ao mesmo tempo, mantendo o foco no acolhimento e na satisfação de seu cliente, prestando uma assistência eficiente e comprometida com o bem-estar de toda a equipe e do usuário.

Segundo Silva (2011) a utilização de protocolos nas etapas de acolhimento com classificação de risco, auxiliam a otimização da atuação do enfermeiro frente à assistência. Também favorece o fluxo dos usuários, há um melhor aproveitamento de tempo e de rendimento no trabalho da equipe de enfermagem.

Mendes (2011) acrescenta que o enfermeiro deve exercer sua prática com autonomia de decisões, demonstrando com clareza o saber que possui no

decorrer da assistência. O ideal é que o enfermeiro responsável pela classificação de risco observe os aspectos mais particulares do paciente, como os socioeconômicos, culturais e a situação atual na qual o usuário se encontra.

O enfermeiro que trabalha na realização da triagem é, em primeira mão, um profissional devidamente capacitado para a função, cuja formação enfatiza a valorização das necessidades de cada paciente, nos aspectos biológicos, sociais e psicológicos. Sobre isso, Santos (2010) entende que sua preparação deve ser suficiente para classificar e, caso haja necessidade, reclassificar a prioridade de atendimento de um usuário ao longo do tempo de espera. Assim, sugere-se uma avaliação cíclica, onde exista o contínuo planejamento de ações e reavaliações dos usuários.

Wehbe e Galvão (2012) defendem que, como o enfermeiro é a primeira pessoa da equipe de emergência a ter contato com o paciente, deve observar a orientação e coleta adequada das informações necessárias para a classificação de risco correta.

Quanto às atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na triagem ou classificação de risco, acrescentam Wehbe e Galvão (2012), nota-se, partindo desse profissional, mais ênfase na avaliação do usuário e na tomada de decisão, de modo a determinar a classificação e priorizar o atendimento no serviço de urgência, com base na gravidade do quadro. Por esse motivo o enfermeiro deve possuir conhecimentos e habilidades adequados que permitam definir a prioridade de atendimento, conhecimentos que devem incluir o âmbito administrativo e técnico, acrescidos de habilidades abstratas, como intuição, empatia, simpatia e outras tantas.

Moreira (2010) acrescenta que é importante lembrar da existência de frequentes dificuldades na execução da atividade, geralmente de ordem individual e diretamente ligadas ao contexto do atendimento: nota-se, em alguns casos, a presença de insegurança do enfermeiro em relação às mudanças do estado clínico do paciente durante a espera pelo atendimento, o estresse causado pelo fato de a urgência e emergência receber pacientes em estados, às vezes, traumáticos, às tensões provocadas por uma relação conflituosa com o paciente, divergência quanto à classificação atribuída e outros fatores, de caráter estrutural.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa pretendeu verificar o papel da enfermagem na realização da triagem com classificação de risco utilizando o Protocolo de Manchester.

Considerou-se, inicialmente, que a triagem representa um processo sistemático que define quem vai ser visto e tratado primeiro e sua introdução nos serviços de emergência teve objetivo de diminuir o problema da superlotação, facilitando os cuidados imediatos para os pacientes mais urgentes. Supôs-se também que o enfermeiro é o responsável principal do processo desenvolvido com base nos conhecimentos teóricos e práticos que possui.

Para atender ao objetivo proposto foi preciso esclarecer a importância da triagem no pronto atendimento hospitalar, apresentando-a como primeiro contato do paciente com o atendimento que procura. Neste momento, é preciso que o responsável pelo atendimento busque o maior volume de informações possível, de forma atenta e competente, de modo que a classificação de risco do paciente seja adequada a cada caso.

Quanto ao Protocolo de Manchester, este surgiu em 1994 na cidade de mesmo nome, como instrumento para organizar e agilizar o atendimento, com maior segurança ao paciente. No Brasil, foi recomendado a partir de 2002 pelo Ministério da Saúde.

Como parte integrante do Protocolo, a classificação de risco permite, por meio de atribuição de cores a cada paciente, informar o tempo que este pode aguardar pelo atendimento e a gravidade de cada um.

Em seguida pretendeu-se identificar as atribuições do enfermeiro na realização da triagem. Compreendeu-se que o enfermeiro que está à frente da unidade de emergência, deve definir prioridades e ordenar o atendimento com competência, conhecimento e habilidade, pois lida com situações delicadas que podem, inclusive, indicar risco de morte do paciente. Dessa forma, uma vez que o pronto reestabelecimento ou o agravamento dependem, também, da triagem adequada, o enfermeiro deve ser capaz de separar e classificar cada caso em particular.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A.M; DURO, C.L.M; LIMA, M.A.D.S, Atividades do enfermeiro no sistema de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. 2012. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400023&lang=pt> Acesso em: 13 de dez. 2016.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. **Implantação do sistema acolhimento com classificação de risco e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador**. 2012. Florianópolis-SC. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a25v21n1.pdf>> Acesso em: 13 de dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e desenvolvimento dos serviços de saúde. **Terminologia Básica em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. **Resolução 196/1996 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resoluções/Reso196de96.doc>> Acesso em: 13 de dez. 2016.

_____. COFEN. **Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986**. Disponível em: <www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html> Acesso em: 21 abr. 2016.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7):1439-1454, jul, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/02.pdf> Acesso em: 21 abr. 2016.

DESCOVI, C. A. **A Prática do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas Unidades de Urgência e Emergência**. 2009. Porto Alegre - RS. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24280/000746567.pdf?sequence=1>> Acesso em: 21 abr. 2016.

DIAS, E. S. S. **Classificação de Risco: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros**. 2014. Monografia (Especialização Urgência e emergência) Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173433/Elizangela%20de%20Santana%20Santos%20Dias%20-%20EMG%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 21 abr. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MACEDO, N. D. **Iniciação à pesquisa Bibliográfica: Guia do estudante para a fundamentação do trabalho de pesquisa**. 2.ed. São Paulo: Unimarco, 1996.



MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MOREIRA, C. T. P. **Avaliação de uma implementação do sistema de triagem de Manchester**: Que realidade? (dissertação). Porto (Portugal): Universidade do Porto, Mestrado de Informática Médica; 2010. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24572/4/teseMIMcatiaM.pdf>> Acesso em: 21 abr. 2016.

OLIVEIRA, M. L. F.; SCOCHI, M. J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). **CiencCuid Saúde**. 2002;1(1):123-28. Disponível em: <www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5666> Acesso em: 28 abr. 2016.

PONS, M. A. B. **Diagnóstico da qualidade da assistência prestada no setor de emergência de um hospital municipal de médio porte, sob a ótica dos enfermeiros** (monografia). Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2005. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12351/000480809.pdf?sequence=1>> Acesso em: 28 abr. 2016.

RAMOS, D. D. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre- RS. **Cad. Saúde Pública**. 2003; 19(1): 27-34. Disponível em: <www.lume.ufrgs.br > Produção Científica > Artigos de Periódicos > Ciências da Saúde> Acesso em: 28 abr. 2016.

SABBADINI, F.S.; GONÇALVES, A. S. **A Unidade de Emergência no Contexto do Ambiente Hospitalar**. Rio de Janeiro, 2008, p. 1-13. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/urgencia_emergencia.pdf> Acesso em: 21 abr. 2016.

SANTOS, J.S; SCARPELINI. S. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRPUSP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Revista de Medicina**. 2010;(36):498-515. Disponível em: <www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/29420> Acesso em: 21 abr. 2016.

SANTOS, N. C. M. **Urgência e Emergência para Enfermagem**: do atendimento pré-hospitalar (APH) à sala de emergência. 6.ed. São Paulo: Iátria, 2010.

SHIMAZAKI, M. E. Acolhimento solidário: a saúde de braços abertos. In: DUCCI, L. Simão, M.G. **Curitiba**: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2011; p. 63-77. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2004.v20n2/502-511/>> Acesso em: 03 maio 2016.

SILVA, T. **Serviço de urgência e emergência**: Modelos de gestão com acolhimento e classificação de risco em hospitais brasileiros (monografia). Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina, Curso de Pós-Graduação em Gestão Hospitalar



e Serviços de Saúde; 2011. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf> Acesso em: 21 abr. 2016.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n.1, p. 74-84, jan./mar. 2008. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/204>> Acesso em: 03 maio 2016

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Enfermagem de Emergência. In: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOUZA, M. F.; FIGUEIREDO, L. A.; PINTO, I. C. Análise da utilização do Serviço de Pronto-Socorro na Percepção do Usuário. **CiencCuid Saúde**. 2010;9(1):13-20. Disponível em: <www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5242> Acesso em: 28 mar. 2016.

VINHA, P. V. H. Triagem de pacientes para consulta feita por médicos e enfermeiras. **Bol Sanit Panam**. 2009; 102(2): 148-58. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=DESASTRES&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=2796&indexSearch=ID>> Acesso em: 25 mar. 2016.

WEHBE, G; GALVÃO, C.M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev Latino-am Enfermagem** 2011 março; 9(2): 86-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000200012&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 03 abr. 2016.