

Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester

NURSING DIAGNOSES IN PATIENTS CLASSIFIED AS PRIORITY LEVEL I AND II ACCORDING TO THE MANCHESTER PROTOCOL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CLASIFICADOS EN LOS NIVELES DE PRIORIDAD I Y II DEL PROTOCOLO MANCHESTER

Cristiane Chaves de Souza¹, Luciana Regina Ferreira da Mata²,
Emília Campos de Carvalho³, Tânia Couto Machado Chianca⁴

RESUMO

O estudo objetivou identificar possíveis diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do protocolo Manchester. Trata-se de estudo descritivo retrospectivo, cuja amostra foi de 40 prontuários de pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade. Para identificação dos diagnósticos de enfermagem dois especialistas analisaram sinais e sintomas registrados nos prontuários dos pacientes no momento da classificação de risco. No nível I de prioridade, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: dor aguda (65,0%), padrão respiratório ineficaz (45,0%) e troca de gases prejudicada (40,0%). No nível II de prioridade foram: dor aguda (80,0%), náusea (10,0%) e risco de desequilíbrio eletrolítico (10,0%). Percebeu-se que a utilização do protocolo de Manchester favorece a identificação de características definidoras e fatores relacionados/fatores de risco que subsidiam a elaboração de diagnósticos de enfermagem na classificação de risco.

DESCRIPTORIOS

Diagnóstico de enfermagem
Serviços Médicos de Emergência
Triage
Classificação

ABSTRACT

The aim of this study was to identify possible nursing diagnoses in patients classified as priority level I and II according to the Manchester protocol. This descriptive retrospective study evaluated 40 medical charts classified as priority level I and II. To identify nursing diagnoses, two experts analyzed signs and symptoms registered in medical charts at the time of risk classification. For priority level I patients, the most frequent nursing diagnoses were acute pain (65.0%), respiratory insufficiency (45.0%), and impaired gas exchange (40.0%). For the priority level II patients, the most frequent nursing diagnoses were acute pain (80.0%), nausea (10.0%), and risk for electrolyte imbalance (10.0%). This study suggests that the use of the Manchester protocol enabled identification of defining characteristics and risk factors and supports the elaboration of nursing diagnoses in risk classification.

DESCRIPTORS

Nursing diagnosis
Emergency Medical Services
Triage
Classification

RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar los posibles diagnósticos de enfermería en pacientes clasificados en los niveles I y II de prioridad protocolo Manchester. Es un estudio retrospectivo descriptivo, cuya muestra de 40 expedientes de pacientes estratificados en los niveles I y II de prioridad. Para identificar los diagnósticos de enfermería, dos expertos analizan los signos y síntomas registrados en las historias clínicas de los pacientes con clasificación de riesgo. En el nivel de prioridad I diagnósticos de enfermería más frecuentes fueron: dolor agudo (65,0%), el ritmo respiratorio ineficaz (45,0%) y el deterioro del intercambio gaseoso (40,0%). En el nivel II de prioridad fueron: dolor agudo (80,0%), náuseas (10,0%) y el riesgo de desequilibrio electrolítico (10,0%). Se observó que el uso del protocolo Manchester favorece la identificación de características definitorias y factores relacionados /factores de riesgo que apoyan el desarrollo de los diagnósticos de enfermería en la clasificación del riesgo.

DESCRIPTORES

Diagnóstico de enfermería
Servicios Médicos de Urgencia
Triage
Clasificación

¹ Enfermeira. Doutoranda, Universidade Federal de São João Del Rei, Divinópolis, MG, Brasil. cristianecsouza@ufsj.edu.br ² Enfermeira. Doutoranda, Universidade Federal de São João Del Rei, Divinópolis, MG, Brasil. lucianadamata@usp.br ³ Professora Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ecdcava@usp.br ⁴ Professora Titular, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. tchianca@enf.ufmg.br

INTRODUÇÃO

A humanização do atendimento tem sido adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro como uma política transversal que engloba os diferentes níveis de gestão e de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). A mudança nas práticas de acolhida a usuários e trabalhadores tem sido alvo da Política Nacional de Humanização e desafio a ser enfrentado para melhorar a qualidade da atenção no SUS.

Embora o acolhimento seja constituinte de todas as práticas de atenção e gestão, os serviços de emergência têm sido foco de discussão dessa temática por apresentarem alguns desafios a serem superados, tais como superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, pouca articulação com a rede assistencial, dentre outros⁽¹⁾.

Na tentativa de ordenar e humanizar o atendimento, o Ministério da Saúde brasileiro adotou em 2004 a classificação de risco como estratégia de organização das portas de entrada em serviços de emergência para priorizar o atendimento de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento apresentado pelo paciente⁽²⁾. A implantação desta classificação garante a prioridade adequada dos atendimentos, possibilita a organização da assistência e o conhecimento de indicadores que direcionam a gestão do serviço e a alocação de recursos⁽³⁾.

O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar a gravidade dos que procuram os serviços de emergência, assumindo importante função na regulação da demanda assistencial e na determinação da prioridade no atendimento desses pacientes.

Atribuir um grau de risco ao paciente consiste em um complexo processo de tomada de decisão e muitas escalas de triagem têm sido desenvolvidas para direcionar a avaliação do enfermeiro⁽⁴⁻⁵⁾. Os protocolos de classificação possibilitam que diferentes avaliadores façam uma investigação clínica seguindo os mesmos parâmetros para estabelecer a gravidade dos pacientes, o que diminui o viés de subjetividade do olhar de cada avaliador.

Dentre os diferentes protocolos direcionadores utilizados, destaca-se o de Manchester, que tem sido amplamente utilizado no Brasil. Este é estruturado por fluxogramas que representam as principais queixas apresentadas pelos que buscam serviços de emergência. O paciente pode ser classificado em cinco diferentes níveis de prioridade, que representam desde demandas emergentes (nível I de prioridade) a demandas não urgentes (nível V de prioridade). Para cada nível é estabelecido um tempo alvo para o atendimento médico e para a reavaliação pelo enfermeiro⁽⁶⁾.

Pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade apresentam condições que necessitam de intervenções médicas e de enfermagem dentro de um prazo máximo de 10 minutos, devido ao risco elevado de morte. Após a classificação de risco, devem ser encaminhados para a sala de emergência, onde são recebidos pelas equipes médica e de enfermagem para iniciar de forma rápida as intervenções de cuidado necessárias.

As rotinas em unidades de emergência visam dar prioridade aos pacientes com risco iminente de morte, de modo a reduzir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes, tendo por princípio a necessidade de uma assistência integral, contínua e de qualidade⁽⁷⁾. Devido à rapidez com que o atendimento deve ser realizado, especialmente nos pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade, percebe-se a dificuldade dos enfermeiros para implementar as etapas do processo de enfermagem a partir de uma linguagem padronizada, sobretudo na sala de emergência.

A classificação de risco não objetiva fazer diagnóstico médico, mas sim uma avaliação da gravidade dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Entretanto, oferece ao enfermeiro a oportunidade de identificar características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco que possibilitam a formulação de diagnósticos de enfermagem (DE) prioritários e que necessitam de intervenção rápida para a manutenção da vida dos pacientes.

A identificação dos possíveis DE na classificação de risco é importante para garantir a continuidade do cuidado na sala de emergência, onde o enfermeiro, de acordo com o DE já identificado, poderá planejar de forma rápida os resultados esperados e elencar as intervenções de enfermagem necessárias para seu alcance.

Diante do exposto, elaborou-se este estudo com o objetivo de identificar os possíveis DE em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade, segundo o protocolo de Manchester.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo, que utilizou o banco de dados da pesquisa *Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos*⁽⁸⁾, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer ETIC nº 529/08).

O estudo foi realizado com pacientes atendidos em um pronto-socorro de Minas Gerais, referência para atendimento de emergências clínicas e traumáticas, com média diária de 800 atendimentos no acolhimento com classificação de risco.

A identificação dos possíveis diagnósticos de enfermagem na classificação de risco é importante para garantir a continuidade do cuidado na sala de emergência, onde o enfermeiro (...) poderá planejar de forma rápida os resultados esperados...

Os dados foram coletados entre os meses de setembro e outubro de 2011 por meio da análise dos sinais e sintomas registrados nos prontuários dos pacientes no momento da classificação de risco. A população do estudo foi composta por 87 prontuários referentes a indivíduos classificados nos níveis I (n=20) e II de prioridade (n=67). Foram incluídos todos os prontuários de pacientes classificados no nível I de prioridade (n=20) e, dentre os 67 prontuários de pacientes classificados no nível II, foram sorteados 20, perfazendo uma amostra de 40 prontuários.

Os casos foram avaliados em conjunto por duas especialistas com produção científica nas áreas de emergência e uso de taxonomias em enfermagem. Para a identificação dos DE utilizou-se a taxonomia da NANDA-I⁽⁹⁾. A partir das informações disponíveis nos prontuários, foram identificados o título do diagnóstico, o fator relacionado/fator de risco e as características definidoras para cada diagnóstico. Foram identificados DE que apresentaram pistas ou informações que permitiram realizar o raciocínio diagnóstico. Os dados foram inseridos e analisados com auxílio do programa estatístico SPSS, versão 17.0, utilizando estatística descritiva.

RESULTADOS

Foram identificados 11 diferentes DE nos 40 casos analisados. Para os 20 pacientes classificados no nível I de prioridade, os DE identificados foram: dor aguda (n=13; 65,0%), padrão respiratório ineficaz (n=9; 45,0%), troca de gases prejudicada (n=8; 40,0%), náusea (n=2; 10,0%), fadiga (n=2; 10,0%), hipertermia (n=2; 10,0%) e dor crônica (n=1; 5,0%). Cabe ressaltar que a maioria dos pacientes (n=13; 65%) apresentou mais de um DE.

Entre os pacientes classificados no nível II de prioridade (n=20), os DE identificados foram: dor aguda (n=16; 80,0%), náusea (n=2; 10,0%), risco de desequilíbrio eletrolítico (n=2; 10,0%), dor crônica (n=1; 5,0%), contaminação (n=1; 5,0%), risco de suicídio (n=1; 5,0%) e risco de integridade da pele prejudicada (n=1; 5,0%). Assim como nos pacientes classificados no nível I de prioridade, a maioria (12; 60,0%) também apresentou mais de um DE.

Nota-se que os três DE mais frequentes, independente dos níveis de prioridade do protocolo de Manchester, estão incluídos nos domínios *conforto*, *atividade/repouso* e *eliminação e troca* da taxonomia NANDA-I⁽⁹⁾. O DE mais frequente, *dor aguda*, está inserido no domínio *conforto* e na classe *conforto físico* na taxonomia supracitada. Tem como definição *experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses*⁽⁹⁾. Todos os pacientes apresentaram o fator relacionado a *agentes lesivos* e à característica definidora *relato verbal de dor*. A presença de dor causou alterações nas frequências cardíaca e respiratória dos indivíduos classificados no nível I

de prioridade, considerados *emergências* que requerem avaliação médica imediata.

Os DE *padrão respiratório ineficaz* e *troca de gases prejudicada* estiveram presentes apenas nos pacientes classificados no nível I de prioridade, e com a mesma frequência. O primeiro DE é definido como *inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada*⁽⁹⁾; os fatores relacionados identificados foram *dor* (77,8%) e *hiperventilação* (100%). As características definidoras que confirmaram esse achado diagnóstico foram *taquipneia* (100,0%), *dispneia* (66,7%) e *uso de musculatura acessória para respirar* (22,2%).

Pacientes com o DE *troca de gases prejudicada* apresentaram excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alvéolo-capilar⁽⁹⁾. O fator relacionado *desequilíbrio na ventilação/perfusão* esteve presente em 100% dos casos e as características definidoras mais frequentes foram *hipoxemia* (87,5%), *dispneia* (50,0%), *taquicardia* (37,5%), *respiração anormal* (37,5%) e *cefaleia* (12,5%).

O DE *risco de desequilíbrio eletrolítico* foi identificado apenas em pacientes classificados no nível II de prioridade do protocolo de Manchester. Indivíduos com tal DE apresentam risco de mudança nos níveis eletrolíticos séricos capaz de comprometer a saúde⁽⁹⁾. Os fatores de risco identificados foram *mecanismos reguladores prejudicados - diabetes* (50%) e *vômito* (50%).

O DE *Náusea*, definido como *sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar*⁽⁹⁾, esteve presente nos pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade. Para aqueles classificados no nível I de prioridade, os fatores relacionados a esse DE foram *dor* (50%) e *uso de fármacos* (50%). Para os classificados no nível II, os fatores relacionados foram *dor* (50%) e *distúrbios bioquímicos - hiperglicemia* (50%). *Sensação de vômito* (25%) e *relato de náusea* (75%) foram as características definidoras que confirmaram esse achado diagnóstico.

DISCUSSÃO

A *dor aguda* foi o principal DE identificado nos pacientes classificados nos níveis I (n=13; 65,0%) e II (n=16; 80,0%) de prioridade do protocolo de Manchester. Apesar de identificada como a queixa mais frequente entre os pacientes que procuram os serviços de emergência^(8,10), a avaliação acurada da dor ainda é deficiente.

Estudo realizado com 351 pacientes mostrou que, dos 269 casos em que a dor foi identificada como queixa principal, apenas em 49 (18,2%) houve descrição completa de sua avaliação no prontuário do paciente. A falta de identificação da intensidade da dor foi o problema mais frequente entre os casos em que não havia descrição completa da avaliação

dessa queixa⁽¹¹⁾. Na maioria das vezes, o conhecimento da equipe restringe-se à escala analógica visual como recurso de avaliação da dor, reconhecendo alguns sinais, mas não sendo uma prática sistemática entendê-la como quinto sinal vital⁽¹⁰⁾.

Estes achados indicam a necessidade de capacitação dos enfermeiros para uma avaliação adequada de sinais e sintomas que confirmem a presença do DE *dor aguda*, sobretudo nos casos de indivíduos que apresentam diminuição no nível de consciência e não manifestam verbalmente sua experiência dolorosa. A mensuração da dor é um fator importante para determinar a prioridade do atendimento⁽⁶⁾, além de direcionar a escolha da conduta terapêutica.

Escalas têm sido utilizadas para determinar a percepção de dor, e o conhecimento destes instrumentos é fundamental para uma avaliação adequada do processo algico⁽¹¹⁻¹²⁾. Para serem aplicáveis em serviços de emergência, os instrumentos de avaliação devem ser fáceis e rápidos de utilizar e conter dados que considerem as reações do paciente e a percepção do avaliador.

No protocolo de Manchester, a avaliação da dor é guiada pela *régua da dor*, instrumento de mensuração que combina o uso dos relatos orais com a aplicação da escala visual analógica, o que permite avaliar a intensidade e os efeitos da dor nas atividades de vida do indivíduo. Os níveis de dor são mensurados em uma escala de zero (ausência de dor) a 10 (dor severa, sem controle, descrita como a pior dor já sentida pelo indivíduo). Para cada pontuação presente na *régua da dor* há a descrição de sinais e sintomas que o indivíduo pode apresentar. Dessa forma, é possível relacionar os sinais e sintomas presentes na escala com as características definidoras do DE *dor aguda* e, em sequência, investigar os fatores relacionados à presença da dor.

Os DE *padrão respiratório ineficaz* (n=9; 45,0%) e *troca de gases prejudicada* (n=8; 40,0%) estiveram presentes apenas nos pacientes classificados no nível I de prioridade. A avaliação da respiração é importante para determinar o grau de prioridade no atendimento de indivíduos que procuram os serviços de emergência. A respiração ineficaz é a segunda maior causa de admissão na sala de emergência, sendo superada apenas pela alteração no nível de consciência⁽¹³⁾. A apresentação clínica e as manifestações de alterações das necessidades de respiração e oxigenação estão relacionadas ao evento pulmonar ou não pulmonar que causou o problema real ou potencial. Esta é uma condição que ameaça uma das funções vitais do indivíduo, o que justifica a identificação dos DE *padrão respiratório ineficaz* e *troca de gases prejudicada* apenas entre os pacientes classificados no nível I de prioridade do protocolo de Manchester.

Segundo o Protocolo, indivíduos com respiração ineficaz não conseguem respirar para manter uma oxigenação adequada e são caracterizados pelos sinais clínicos de incapacidade de manter a permeabilidade das vias aéreas,

pelos níveis de saturação de oxigênio muito baixos e pela presença de estridor, apneia, taquipneia ou dispneia⁽⁶⁾. A maioria desses sinais clínicos está descrita na taxonomia da NANDA- I como características definidoras para os DE *padrão respiratório ineficaz* e *troca de gases prejudicada*. Assim, pode-se afirmar que a utilização do protocolo de Manchester facilita a identificação dessas características definidoras, de modo a contribuir para a confirmação da hipótese diagnóstica.

Além do DE *dor aguda* (n=16; 80%), os DE *náusea* (n=2; 10,0%) e *risco de desequilíbrio eletrolítico* (n=2; 10,0%) estiveram entre os mais frequentes nos pacientes classificados no nível II de prioridade e apresentaram como fatores relacionados *mecanismos reguladores prejudicados – diabetes e distúrbios bioquímicos – hiperglicemia*.

Na prática clínica, percebe-se que unidades de emergência atendem a muitos pacientes com episódios agudos de doenças crônicas, dentre as quais se destacam as emergências decorrentes da falta de controle do *diabetes mellitus*.

Pacientes diabéticos podem ter como condição aguda um quadro de cetoacidose diabética devido à redução da ação da insulina circulante. Podem apresentar diferentes manifestações clínicas como poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, pele e mucosas secas, diminuição do turgor cutâneo, rubor facial, visão turva, sonolência, desorientação e principalmente náuseas, vômitos e dor abdominal. A avaliação desses sinais e sintomas inerentes ao quadro patológico é condição essencial para a adoção de intervenções de enfermagem para esses indivíduos⁽¹⁴⁾.

Os achados justificam a existência de um fluxograma específico para avaliação de pacientes com *diabetes mellitus* no protocolo de Manchester, assim como os fluxogramas já citados para avaliação do padrão respiratório e da dor. Os sinais clínicos descritos no protocolo de Manchester para a avaliação de pacientes com diabetes mellitus também são semelhantes às características definidoras descritas na taxonomia da NANDA-I para o DE *náusea* e aos fatores de risco do DE *risco de desequilíbrio eletrolítico*. Mais uma vez reforça-se a idéia de que o protocolo de Manchester possibilita que o enfermeiro identifique de forma ágil os componentes estruturantes de um DE.

No presente estudo houve predomínio de DE voltados para as necessidades psicobiológicas, o que era esperado, uma vez que pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do protocolo de Manchester apresentam demandas de cuidado que, se não atendidas em curto espaço de tempo, podem ameaçar a vida.

Achado semelhante foi encontrado em estudo que buscou identificar os principais DE em vítimas de trauma atendidas em um Serviço Avançado Móvel de Urgência (SAMU). Foram avaliadas 23 vítimas com idade entre 18 e 30 anos. Os DE mais frequentes foram: *risco para infecção* (91%), *risco para trauma* (82%), *dor aguda*

(74%), *integridade tissular prejudicada* (65%), *volume de líquidos deficiente* (43%) e *risco para volume de líquido deficiente* (43%)⁽¹⁵⁾.

Assim, reforça-se a necessidade de os enfermeiros, em especial os que atuam em unidades de emergência, possuírem uma base sólida em semiologia, anatomia e fisiopatologia, agregada à experiência clínica e às habilidades de interação e observação para o raciocínio clínico e consequente tomada de decisão. Esses conhecimentos são essenciais no desenvolvimento do pensamento crítico, no qual se destacam a aquisição de habilidade em avaliar rapidamente o paciente, identificando seus problemas reais ou potenciais, a formulação de hipóteses diagnósticas e a identificação das intervenções prioritárias, de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

Cabe ressaltar que não foram encontrados estudos que tenham como objetivo identificar DE na classificação de risco, o que reforça que pesquisas como esta sejam replicadas.

Em unidades de emergência, a importância da atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente muitas vezes não é reconhecida devido a falta de documentação dos cuidados que realizam por meio de linguagem padronizada⁽¹⁶⁾. Além disso, o atendimento ao paciente grave requer a atuação de uma equipe multiprofissional integrada por médicos, equipe de enfermagem e fisioterapeutas, além de profissionais de apoio diagnóstico, como técnicos em radiologia, que em conjunto realizam as intervenções imediatas para manutenção da vida do paciente. A atuação de todos os envolvidos é fundamental para um bom prognóstico.

Na classificação de risco, o enfermeiro, ao utilizar um protocolo direcionador, elencará os sinais e os sintomas em evidência que direcionarão as condutas de enfermagem. A documentação das decisões de enfermagem em serviços de emergência contribui para a qualidade das intervenções realizadas, a organização das prioridades de avaliação do paciente, além da melhoria do ensino e da pesquisa acerca da tomada de decisão clínica⁽¹⁶⁾. Estudos que abordem a relação entre os protocolos de classificação de risco e a identificação de DE devem ser realizados para aprimorar o desenvolvimento das taxonomias de DE.

Estudo realizado nos EUA constatou que as taxonomias da NANDA-I, NOC e NIC precisam ser revisadas de modo a incluir o tratamento de incidentes críticos de enfermagem. Na taxonomia da NANDA – I, no domínio *segurança/proteção*, foi proposto que seja incluída a classe *condições de risco de vida*, a fim de contemplar o DE *incidentes críticos de enfermagem*, definido como um evento agudo, potencialmente fatal, que ocorre como resultado de doença, cirurgia, tratamento, ou medicação⁽¹⁷⁾. Acredita-se que a inclusão desse DE seja importante para delinear os resultados e as intervenções de enfermagem que visem ao controle do incidente crítico frente a uma condição de risco de vida.

A falta de sistemas que inter-relacionem os DE resultados e intervenções, utilizando uma terminologia padronizada de enfermagem no atendimento ao paciente grave em unidades de emergência dificultam a comunicação e a assistência ao paciente em situações de risco de vida⁽¹⁸⁾. A definição de um modelo terminológico de DE para pacientes com incidentes críticos e em risco de vida é importante para preencher uma lacuna atualmente existente na terminologia padronizada de enfermagem^(16,19).

Reforça-se assim a importância de desenvolver estudos nos serviços de emergência, sobretudo na classificação de risco, que visem identificar os DE mais frequentes, o que pode contribuir para aprimorar as taxonomias de enfermagem existentes para descrever o que enfermeiro identifica, avalia e trata em pacientes com incidentes críticos, de modo a dar visibilidade à contribuição do cuidado de enfermagem nesses locais.

A taxonomia da NANDA-I estabelece alguns DE que são comumente encontrados em pacientes atendidos em serviços de emergência, como: *padrão respiratório ineficaz*, *troca de gases prejudicada*, *desobstrução ineficaz de via aérea* e *débito cardíaco diminuído*⁽²⁰⁾.

No presente estudo, os DE *padrão respiratório ineficaz* e *troca de gases prejudicada* estiveram entre os DE mais frequentes nos pacientes classificados no nível I do protocolo de Manchester, o que corrobora a literatura da área. Entretanto, o uso da taxonomia da NANDA-I em serviços de emergência, sobretudo na classificação de risco, ainda é algo pouco utilizado nos serviços de emergência e é um campo de ensino e de pesquisa a ser explorado. Além disso, autores afirmam que a taxonomia da NANDA-I, por ser a mais utilizada pelos enfermeiros em todo o mundo, deve ser complementada com mais DE que traduzam a prática interdisciplinar do trabalho do enfermeiro em serviços de emergência⁽¹⁶⁾.

Considera-se como limitação do estudo a identificação dos DE a partir de registros realizados pelos enfermeiros no momento da classificação de risco e não por meio da avaliação do paciente em tempo real, o que poderia implicar a identificação de outros títulos de diagnósticos, além dos encontrados neste estudo. No entanto, diante da escassez de investigações sobre a utilização de taxonomias de enfermagem em unidades de emergência, o presente estudo possibilitou identificar possíveis DE para os pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do protocolo de Manchester, os quais poderão fornecer importantes subsídios para futuras investigações, sobretudo abordando a continuidade do cuidado na sala de emergência.

Acredita-se que a identificação de DE durante a classificação de risco possa otimizar o cuidado na sala de emergência, pois as etapas de coleta de dados e estabelecimento de DE serão realizadas previamente à admissão

do paciente. Assim, o processo de decisão clínica do enfermeiro é favorecido, o que lhe permite identificar as prioridades de cuidado logo após a admissão. Classificar os pacientes quanto ao nível de gravidade e identificar os DE prioritários são ações importantes, pois podem reduzir efeitos negativos no prognóstico, decorrentes de demora no atendimento. Dessa forma, é possível reduzir o período de espera do paciente para avaliação pela equipe de saúde e identificar as necessidades prioritárias em tempo hábil para que intervenções emergenciais sejam realizadas pela equipe de enfermagem.

CONCLUSÃO

O DE *dor aguda* foi o mais comum entre os indivíduos classificados nos níveis I e II de prioridade do protocolo de Manchester, o que reforça a necessidade de capacitação dos enfermeiros para avaliação adequada da dor, mediante a utilização de instrumentos aplicáveis à realidade dos serviços de emergência. DE que indicam alterações respiratórias graves foram identificados apenas nos pacientes classificados no nível I de prioridade, o que é compatível com os critérios de definição de casos de emergência estabelecidos pelo protocolo de Manchester.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos Serviços de Urgência [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2012 jul. 5]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2012 ago. 8]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>
3. Albino RM, Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *ACM Arq Catarin Med.* 2007;36(4):70-5.
4. Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E; CTAS National Working Group. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS): adult guidelines. *CJEM.* 2008;10(2):136-51.
5. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, et al. Emergency Department Triage Scales and Their Components: a systematic review of the scientific evidence. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2011 [cited 2012 Aug 8];19:42. Available from: <http://www.sjtem.com/content/pdf/1757-7241-19-42.pdf>
6. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de Classificação de Risco [Internet]. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010 [citado 2012 ago. 8]. Disponível em: <http://classificacaoderisco.net/faq>.
7. Azevedo ALCS, Pereira AP, Lemos C, Coelho MF, Chaves LDP. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2012 ago. 8];12(4):736-45. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a20.pdf>
8. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Rev Latino Am Enferm.* 2011;19(1):26-33.
9. NANDA I. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artes Médicas; 2010.
10. Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(2):270-6.
11. Souza CC, Chianca LM, Diniz AS, Machado TCC. Principais queixas de pacientes de urgência segundo o protocolo de classificação de risco de Manchester. *Rev Enferm UFPE Online* [Internet]. 2012 [citado 2012 abr. 15];6(3):540-8. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/52>

-
12. Ribeiro NCA, Barreto SCC, Hora EC, Sousa RMC. The nurse providing care to trauma victims in pain: the fifth vital sign. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2012 Nov 4];45(1):146-52. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_20.pdf
 13. Ferreira F, Andrade J, Mesquita A, Campello G, Dias C, Granja C. The emergency room-analysis and evaluation of an organizational model. *Rev Port Cardiol*. 2008;27(7):889-900.
 14. Grossi, SAA. O manejo da cetoacidose em pacientes com diabetes mellitus: subsídios para a prática clínica de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):582-86.
 15. Cyrillo RMZ, Dalri MCB, Canini SRMS, Carvalho EC, Lourencini RR. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2009 [citado 2012 ago. 8];11(4):811-9. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a06.pdf
 16. Castner J. Emergency nursing decisions: a proposed system of nursing diagnosis. *J Emerg Nurs*. 2008;34(1):33-6.
 17. Wong E. Coining and defining a novel nursing terminology: Part1: critical incident nursing diagnosis. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2008;19(3):89-94.
 18. Wong E. Novel nursing terminologies for the rapid response system. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009;20(2):53-63.
 19. Wong E. Coining and defining novel nursing terminology. Part 3: critical incident control. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009;20(1):2-8.
 20. Carpenito LJ. *Hand book of nursing diagnosis*. Philadelphia: Lippincott; 2012.