

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MARCIA LUCIANE DA SILVA BOHN

**Classificação de Risco Manchester: opinião dos enfermeiros do Serviço de
Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

Porto Alegre

2013

MARCIA LUCIANE DA SILVA BOHN

**Classificação de Risco Manchester: opinião dos enfermeiros do Serviço de
Emergência do Hospital de Clinicas de Porto Alegre**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Enfermagem da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para
obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva
Lima

Porto Alegre

2013

“Dizem que a vida é para quem sabe viver,
mas ninguém nasce pronto. A vida é para
quem é corajoso o suficiente para se arriscar
e humilde o bastante para aprender.”

Clarice Lispector

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Vilma, pela dedicação, pelo empenho, e por acreditar nesta conquista, mesmo nos momentos difíceis, sem jamais esmorecer.

Ao meu marido, Marco, amigo de todas as horas, por estar comigo e fazer parte desta caminhada.

Ao meu avô, Pedro (*in memoriam*), obrigada por todo amor e carinho, e por ter sido o meu referencial de Pai.

À Professora Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima pela dedicação, atenção, competência que me foram dispensadas, e por todo aprendizado proporcionado ao longo deste trabalho, e como bolsista de iniciação científica.

Às minhas amigas, Luma e Kelen, parceiras inseparáveis durante a graduação. Desejo que a nossa amizade continue sólida como as rochas, e que possamos nos orgulhar das novas conquistas.

À Ma. Kelly Piacheski de Abreu pelo incentivo, carinho, dedicação e pelo aprendizado que foram imprescindíveis na construção deste trabalho.

Ao grupo de pesquisa pelo imenso aprendizado.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, à Escola de Enfermagem e aos professores pelo ensino gratuito e de excelência.

Ao Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em especial aos enfermeiros da classificação de risco, por terem participado deste estudo, tornando-o possível. Muito Obrigada!!!!!!!

RESUMO

Os serviços de emergência respondem a uma sobrecarga de usuários, que resulta em superlotação do setor. Para organizar a assistência, garantindo atendimento rápido às urgências, foram criados os sistemas de triagem. Os enfermeiros têm assumido a atribuição de avaliar e classificar o risco conforme a gravidade. O objetivo deste estudo foi analisar a opinião dos enfermeiros sobre o Protocolo de Classificação de Risco Manchester como um instrumento de trabalho. Estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com quinze enfermeiros que realizavam classificação de risco Manchester. Para a análise dos dados utilizou-se análise de conteúdo temática. As categorias temáticas criadas no processo de análise foram: Protocolo de Classificação de Risco de Manchester como um instrumento de trabalho do enfermeiro; dificuldades elencadas pelos enfermeiros ao utilizar o protocolo de classificação de risco; mudanças percebidas pelos enfermeiros no atendimento prestado aos usuários, após a implantação do protocolo de Manchester. Os resultados indicam que o protocolo de Classificação de Risco Manchester padroniza a conduta dos profissionais que atuam na avaliação e classificação de risco, conferindo segurança para priorizar o risco de usuários adultos, sendo confiável, para estabelecer o risco por utilizar a prioridade clínica e não o diagnóstico médico. Foi considerado um facilitador no momento da triagem, por torná-la ágil e objetiva, priorizando os usuários que necessitam de atendimento imediato. Algumas dificuldades foram apontadas pelos enfermeiros: o desconhecimento da população sobre a classificação de risco, a falta de apoio da rede de serviços, a localização da triagem e a dificuldade de estabelecer um trabalho em conjunto com a equipe médica. O protocolo foi considerado inadequado em alguns de seus fluxogramas para atender a demanda do serviço de emergência. Houve melhora na organização e na qualidade do atendimento prestado aos usuários, e no ordenamento do fluxo usuários, no serviço de emergência.

Palavras chave: Enfermagem em emergência; Serviços Médicos de Emergência; Triagem.

ABSTRACT

The emergency services respond to an overload of users, resulting in overcrowding on the section. To organize the service, ensuring quick response to the emergency, were created triage systems. Nurses have assumed this role to evaluate and classify the risk according to severity. This study aimed to analyze the opinion of nurses working in the Emergency Service of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre Protocol on the Risk Classification Manchester as a instrument of work. This is an exploratory study with a qualitative approach, performed in the emergency department of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre. Data collection was conducted by semi-structured interviews with fifteen nurses who performed risk classification Manchester. For data analysis we used thematic analysis. The categories were created: Protocol Risk Classification of Manchester as a working instrument of nurses, difficulties listed by nurses during the use of the protocol of risk classification and changes perceived by nurses in the care given to users after the implementation of the protocol Manchester. The protocol Risk Classification Manchester standardizes the conduct of professionals that work in the evaluation and classification of risk, giving priority to the security risk of adult users, and confidence to establish the risk by using clinical priority and not the medical diagnosis. It was considered a facilitator at the time of triage, by make it agile and objective, prioritizing users who require immediate care. Some difficulties were pointed out by nurses: the unawareness It was considered a facilitator at the time of triage, by making it agile and objectively prioritizing users who require immediate care. Some difficulties were pointed out by nurses: the unawareness of the population about risk classification, the lack of network support services, the location of the triage and the difficulty of establishing a joint work with the medical team. The protocol was considered inadequate in some of their flowcharts to attend the demand of the emergency service. There was improvement in the organization and quality of care provided to users, and in the disposition of users flow in the emergency service.

Key words: Emergency nursing; Emergency Medical Services; Triage.

LISTA DE ABREVIATURAS

PNH	Política Nacional de Humanização
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ATS	Australasian Triage Scale
CTAS	Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale
ESI	Emergency Severity Index
MTS	Manchester Triage System
ACEM	Australasian College of Emergency Medicine
NTS	National Triage Scale for Australasian Emergency Departments
GBCR	Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNS	Resolução do Conselho Nacional de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - O Protocolo de Classificação de Risco como um instrumento de trabalho do Enfermeiro.....	27
Quadro 2 - Dificuldades elencadas pelos enfermeiros ao utilizar o Protocolo de Classificação de Risco Manchester	35
Quadro 3 - As mudanças percebidas pelos enfermeiros no atendimento prestado aos usuários, após a implantação do protocolo de Classificação de Risco Manchester.....	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Breve histórico da origem da triagem e protocolos de classificação de risco.....	15
3.2 As atividades dos enfermeiros na classificação de risco	20
4 METODOLOGIA	23
4.1 Tipo de estudo.....	23
4.2 Campo do estudo	23
4.3 Participantes do estudo.....	24
4.4 Coleta dos dados	25
4.5 Análise dos dados.....	25
4.6 Aspectos éticos.....	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5.1 O protocolo de classificação de risco como um instrumento de trabalho do enfermeiro	27
5.2 Dificuldades elencadas pelos enfermeiros ao utilizar o protocolo de Classificação de Risco Manchester na emergência do HCPA	35
5.3 Mudanças percebidas pelos enfermeiros no atendimento prestado aos usuários, após a implantação do protocolo de Classificação de Risco Manchester	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista	55
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	56
ANEXO A - Escala de Triagem Manchester	57
ANEXO B - Exemplo de Fluxograma do Sistema Manchester.....	58
ANEXO C - Índice de fluxogramas do protocolo Manchester	59
ANEXO D - Triagem de Prioridades Manchester (Régua de Dor Adulto e Pediátrica).....	61

ANEXO E - Carta de aprovação da Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	62
---	-----------

1 INTRODUÇÃO

No panorama global de saúde, a procura pelos serviços de emergência hospitalar tem aumentado nas últimas décadas, tornando-se necessária a modificação da organização da assistência prestada aos usuários (JIMÉNES, 2003). Essa procura em grandes proporções pelos serviços de emergência hospitalar tem contribuído para a sua superlotação, a qual pode ser entendida, segundo Hoot e Aronky (2008) e Bullard, *et al.* (2008), como uma manifestação local de um problema que afeta a todo o sistema de saúde.

A superlotação dos serviços de emergência hospitalar pode ser agravada por fatores organizacionais, como por exemplo, o atendimento dos usuários por ordem de chegada sem o estabelecimento de critérios clínicos podendo acarretar danos aos usuários (BRASIL, 2006). Além disso, a pouca oferta de serviços, a falta de leitos hospitalares e de profissionais da enfermagem são outros fatores que contribuem para este problema (HAYDEN; JOURILES; ROSEN, 2010).

Para organizar o atendimento em situações de urgência e emergência, garantindo o fluxo dos usuários, foram criados, em diversos países, sistemas de triagem estruturada. Este dispositivo técnico-assistencial de organização padroniza o ingresso dos usuários buscando obter gestão eficaz dos serviços com relação à grande demanda nos serviços de emergência hospitalar (JIMÉNEZ, 2003).

A triagem é um método utilizado para estabelecer a gravidade e o risco de dano, atribuir prioridades de atendimento e redirecionar o usuário para o local adequado, após a sua chegada ao serviço em um curto espaço de tempo (FERNANDES *et al.*, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde tem buscado alternativas para a organização dos serviços de urgências e emergências, diante dos problemas existentes de superlotação e a falta de priorização no atendimento. Em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), apresenta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como uma ferramenta de mudança no processo de trabalho nos serviços de emergência. Esta estratégia foi criada

com finalidade de ampliar o acesso e reduzir as filas e o tempo de espera para o atendimento nos casos de maior gravidade (ABBÊS; MASSARO, 2004).

A triagem estruturada assume a designação de classificação de risco, que tem por finalidade identificar os usuários que necessitam de assistência imediata, com o intuito de organizar o atendimento nos serviços de emergência hospitalar e dar-lhes o destino adequado (JIMÉNES, 2003). Os usuários passam a ser atendidos de acordo com a gravidade clínica e não mais por ordem de chegada ao serviço evitando práticas de exclusão, como por exemplo, ter que decidir qual usuário deveria ser atendido (BRASIL, 2004). Além de possibilitar uma assistência resolutiva, o uso de protocolos de classificação de risco permite informar ao usuário e aos seus familiares a prioridade de atendimento e o provável tempo de espera (BRASIL, 2004).

Autores afirmam que os enfermeiros reúnem as condições necessárias para o desenvolvimento desta atividade, as quais incluem linguagem clínica orientada através dos sinais e sintomas (SOUZA *et al.*, 2008; ARAÚJO, 2010). Os enfermeiros estão aptos a trabalhar com as demandas, assim como possuem competência necessária para realizar atividades de grande responsabilidade, como a determinação dos níveis de gravidade (MIRÓ, 2010; STEINER *et al.*, 2009; ROS *et al.*, 2011).

Espera-se com a implantação do protocolo maior resolutividade da assistência, racionalizar acessibilidade e fluxos internos, otimizar o tempo e recursos utilizados nos serviços, além do aumento da satisfação dos usuários e da equipe de saúde (SOUZA, 2009).

Segundo Souza *et al.* (2011) e Shiroma; Pires (2011) são necessários estudos que avaliem a opinião dos enfermeiros sobre a utilização de protocolos, uma vez que é de responsabilidade destes profissionais estabelecerem o risco dos usuários que buscam os serviços de emergência, além de se tratar de uma tecnologia em fase de implantação no Brasil.

Em setembro de 2011, o Protocolo de Classificação de Risco Manchester passou a ser utilizado pelos enfermeiros no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Dessa forma, torna-se relevante investigar a opinião dos enfermeiros que atuam no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sobre a Classificação de Risco Manchester.

A motivação para realização deste trabalho e o questionamento sobre a opinião dos enfermeiros com relação à utilização do Protocolo de Classificação de Risco Manchester, bem como o papel desempenhado por este profissional nessa atividade, surgiram no decorrer do Programa de Iniciação Científica Voluntária, pois a inserção no grupo de pesquisa proporcionou a participação em estudos, através da leitura e reflexões de artigos que abordavam a temática referida.

O contato com a atuação do enfermeiro na classificação de risco e a utilização do Protocolo de Classificação de Risco Manchester ocorreu durante a realização de estágio na emergência. Por meio desta experiência pude identificar que o enfermeiro, em determinadas situações, tinha dificuldades de classificar o risco do usuário, pois não encontrava no protocolo um fluxograma adequado para a queixa principal apresentada no momento da avaliação. Dessa maneira, havia a necessidade de adaptar o protocolo para atender à realidade da demanda no serviço de emergência.

Neste contexto, questiona-se: qual a opinião dos enfermeiros sobre a utilização do Protocolo de Classificação de Risco Manchester como um instrumento de trabalho?

2 OBJETIVO

Analisar a opinião dos enfermeiros sobre o Protocolo de Classificação de Risco Manchester como um instrumento de trabalho.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura, visando aprofundar o conhecimento produzido sobre este assunto, serão abordados os protocolos de classificação de risco e, de forma mais detalhada, a utilização do Protocolo de Classificação de Risco Manchester, bem como questões referentes às atividades dos enfermeiros neste contexto.

3.1 Breve histórico da origem da triagem e protocolos de classificação de risco

A triagem é uma avaliação rápida que determina o tempo e a sequência em que os indivíduos devem ser atendidos em situação de emergência, com base na queixa principal e na avaliação dos sinais e sintomas. Tem como objetivo priorizar o atendimento aos usuários com potencial risco de agravos e assegurar que os recursos disponíveis sejam utilizados adequadamente (HAY *et al.*, 2001; AACHARYA; GASTMANS; DENIER, 2011).

A palavra triagem deriva do francês (*trier*) que significa escolher, classificar ou eleger. Esta prática está descrita desde as guerras napoleônicas por volta de 1792, através deste método os soldados feridos nos campos de batalha eram rapidamente avaliados e classificados permitindo a saída dos que necessitavam de atenção médica urgente (STEEL, 2006; GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [200-]).

Posteriormente, esta prática foi utilizada na Primeira Guerra Mundial para priorizar o atendimento dos soldados feridos nos campos de batalha, buscando empregar os recursos adequados para obtenção de melhores resultados. Já na segunda Guerra Mundial o termo passou a designar um processo usado para identificar os soldados, que após intervenção médica, poderiam retornar aos campos de batalha (ISERSON; MOSKOP, 2007).

Em 1898, *Sir D'Arcy Powerin Glasgow* descreveu o funcionamento de um hospital em Londres, onde o primeiro atendimento aos usuários era realizado por uma enfermeira que questionava um a um, o motivo que os fazia

procurar o serviço, ou seja, a queixa principal. Após essa avaliação os usuários eram direcionados para o atendimento clínico ou cirúrgico, configurando-se uma forma de triagem (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [200-]).

Nos hospitais dos EUA a implantação da triagem nos serviços de emergência teve origem na preocupação com o aumento da demanda ocorrido no final dos anos 50, cujo número de usuários excedia a capacidade de atendimento (HAY *et al.*, 2001; AACHARYA; GASTMANS; DENIER, 2011). Esta tecnologia foi então introduzida nos EUA por enfermeiros e médicos com experiência em situações de emergência adquirida nas guerras e grandes catástrofes (STEEL, 2006; GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [200-]).

No início da década de 90 os serviços de emergência de vários países passaram a utilizar a triagem classificatória, embora com sistemas pouco padronizados (STEEL, 2006; LÄHDET, 2009). Havia, portanto, várias linguagens e métodos de triagem sendo utilizados nos serviços de emergência, refletindo na falta de segurança para o profissional, uma vez que situações de saúde semelhantes poderiam ser classificadas de forma diferente.

Com o aumento da demanda, surge a necessidade de padronizar os sistemas de triagem nos serviços de emergência, passando a ser utilizada a triagem estruturada, que é um processo contínuo e, para ser eficiente, deve ocorrer entre 10 a 15 minutos desde a chegada do usuário ao serviço de emergência. Para tal, deve ser realizada de forma rápida, fundamentada em protocolos de classificação de risco, por profissionais com experiência em serviços de emergência e previamente capacitados (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

Os quatro sistemas de triagem estruturada mais utilizados são: Australasian Triage Scale (ATS) da Austrália, a Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) do Canadá, Emergency Severity Index (ESI) dos Estados Unidos, o Manchester Triage System (MTS) do Reino Unido (DIOGO, 2007). A Austrália foi pioneira em implementar a utilização da triagem estruturada nos serviços de emergência (MURRAY; BULLAR; GRAFSTEIN, 2004).

Em 1990, a escala Ipswich Triage Scale foi informatizada e testada em hospitais australianos quanto à utilidade, aplicabilidade e validade. Em 2000, foi adaptada pelo Australasian College of Emergency Medicine (ACEM) e adotada pelas autoridades de saúde australianas como parte das Políticas de Triagem, passando a se chamar National Triage Scale for Australasian Emergency Departments (NTS). Atualmente é conhecida como Australasian Triage Scale (ATS) sendo utilizada na Austrália e na Nova Zelândia. Esta escala é baseada em cinco categorias, sendo considerados a evolução dos sinais e sintomas e o tempo para o atendimento, sem a intenção de estabelecer diagnóstico. Além disso, esta escala possibilita que o usuário seja continuamente reavaliado, enquanto aguarda pelo atendimento médico (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2005; TONI, 2006).

Tendo como base para sua elaboração a *National Triage Scale for Australasian Emergency Departments (NTS)*, em 1999, foi implantada, no Canadá, a *Canadian Triage Acuity Scale (CTAS)*. Esta escala também possui cinco níveis de classificação de risco, porém foram introduzidas cores para identificar o nível de gravidade de cada usuário. Para priorizar o risco em atendimentos pediátricos, foi elaborada uma versão específica para esse tipo de demanda no ano de 2000 (WARREN; JARVIS; LEBLANC, 2001).

Este protocolo é continuamente revisado e atualizado de acordo com o retorno dos usuários, em consenso com os profissionais enfermeiros e médicos, para a melhor adequação deste instrumento, devido à crescente superlotação dos serviços de emergência (DAVID *et al.*, 2008).

Esta escala possibilita que o usuário seja continuamente reavaliado, pois preconiza que seja realizada a reavaliação dentro de um período de tempo pré-estabelecido pelo protocolo, enquanto aguarda por atendimento médico, possibilitando a alteração da categoria de classificação de acordo com a evolução clínica (BEVERIDGE *et al.*, 1999; WORSTER, *et al.*, 2004).

Foi desenvolvida em 1998, nos EUA, a escala de classificação de risco *Emergency Severity Index (ESI)* com cinco níveis de prioridade (FERNANDES *et al.*, 2005). Os critérios clínicos são guiados por um algoritmo, sendo que o primeiro é considerado o mais grave e o quinto, o menos grave (FERNANDES *et al.*, 2005; LÄHDET *et al.*, 2009). Em 2000, passou a ser utilizada para classificar os usuários de qualquer faixa etária, embora não tenha sido

especialmente validada para estratificar o risco em pediatria (FERNANDES *et al.*, 2005; MIDDLETON; BURT, 2006).

Para uma maior confiabilidade a escala de triagem estruturada deve ser validada e reproduzível. Levando em consideração este critério, a escala utilizada no Canadá confere maior segurança ao profissional no momento de realizar a classificação do risco em pediatria, do que a escala inicialmente utilizada para este grupo específico de usuários nos EUA (MURRAY; BULLAR; GRAFSTEIN, 2004; ARANGUREN *et al.*, 2005).

Em 1994, no Reino Unido, foi criado o grupo de classificação de risco de Manchester, formado por médicos e enfermeiros que atuam em serviços de urgência, devido à necessidade de estabelecer um consenso entre esses profissionais para a realização da classificação de risco. Os objetivos do grupo eram a normatização da triagem, incluindo nomenclaturas e definições comuns, o desenvolvimento de uma metodologia sólida de triagem, o planejamento e a implementação de um programa de capacitação e o desenvolvimento de um guia de auditoria para a triagem. A partir de estudos realizados pelo grupo em protocolos já existentes, foi desenvolvido o Sistema de Triagem Manchester (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [200-]; MACKWAY-JONES *et al.*, 2010).

Em 1997, o Sistema de Triagem Manchester foi implementado no Reino Unido, passando a ser utilizado nos serviços de emergência hospitalares. Em 2000 passou a ser utilizado nos serviços de emergência de Portugal (SPEAKE, 2003; MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

A priorização do risco no protocolo Manchester é estabelecida com base na queixa e nos sinais e sintomas apresentados pelo usuário, que remetem a um fluxograma com discriminadores para a escolha de uma das cinco categorias (ANEXO A) (GROUSE; BISHOP; BANNON, 2009; GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [200-]). Os fluxogramas apresentam notas explicativas contendo a definição do seu significado, além de descrever os discriminadores específicos presentes em cada fluxograma (ANEXO B). O protocolo de Manchester possui uma lista com 52 fluxogramas (ANEXO C) que foram reunidos, após consenso, por abrangerem a maioria das condições clínicas apresentadas nos serviços de emergência (GRUPO

BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [200-]; MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

A dor é avaliada no protocolo de Manchester de uma forma diferente dos demais protocolos, pois além de estar presente em diversos fluxogramas, também é mensurada em uma escala de 0 a 10 (ANEXO D), possibilitando atribuir um maior nível de urgência aos usuários (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [200-]; MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

O sistema de Manchester atualmente é utilizado no Reino Unido, na Suécia, em Portugal, no Canadá, no Japão, na Nova Zelândia, nos Países Baixos e no Brasil (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [200-]).

Em 2002, no Brasil, com a portaria GM 2048 sobre a organização do sistema de urgência, foi recomendado pela primeira vez o sistema de triagem. Nessa mesma portaria foi realizada a mudança do termo triagem, usado internacionalmente, por classificação de risco, visto que não envolvia diagnóstico, mas sim priorização do atendimento, o que foi reforçado pela Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [200-]).

Em 2007, no Brasil, na cidade de Belo Horizonte (MG) foi realizado o primeiro curso sobre o protocolo de Manchester, ministrado pelo grupo português de triagem. Para utilizar o protocolo de Manchester foi adquirido pelo estado de Minas Gerais o *software ALERT®*. Com o pressuposto de manutenção do padrão internacional e para a realização de auditorias foi formado o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) Saúde (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [200-]).

No Brasil, o primeiro estado a implantar o protocolo de Manchester nos serviços de emergência foi Minas Gerais, posteriormente, o estado do Espírito Santo e o estado do Rio Grande do Sul (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [200-]).

O sistema de triagem Manchester, assim como os demais protocolos de classificação de risco, prevê que o quadro clínico dos usuários possa ser agravado, enquanto aguardam pelo atendimento médico. No entanto, não estabelece com que frequência os usuários devem ser reavaliados pelo

enfermeiro, após ser classificado (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [200-]).

3.2 As atividades dos enfermeiros na classificação de risco

O processo de triagem, em diversos países, configurou-se como elemento próprio dos serviços de emergência e das atividades dos enfermeiros. Esses profissionais recebem capacitação específica direcionada para desenvolver a atividade de triadores (TANABE *et al.*, 2004; FITZGERALD *et al.*, 2010).

Nos Estados Unidos, assim como na Austrália, a triagem estruturada é considerada de fundamental importância, por se tratar do primeiro contato do paciente com os serviços de emergência, sendo realizada predominantemente por enfermeiros experientes e treinados. Estes profissionais têm autonomia para administrar medicamentos previamente estabelecidos em protocolos locais, instalar oxigenoterapia e soroterapia, realizar eletrocardiograma, solicitar exames laboratoriais e radiológicos quando necessário (FRY, 2002; FERNANDES *et al.*, 2005; TONI, 2006; CONSIDINE; BOTTI; THOMAS, 2007; AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2008; CURTIS *et al.*, 2009).

No Brasil, nos serviços de emergência a classificação de risco vem sendo fundamentada em conceitos internacionais estabelecidos pelo protocolo de Manchester, dessa forma, a inserção da enfermagem neste contexto, tem ocorrido de forma semelhante e o enfermeiro tem sido o profissional responsável por classificar o risco dos usuários que procuram os serviços de urgência e emergência (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [200-]).

Estudos de Terris *et al.* (2004), Travers e Lee (2006) e Han *et al.* (2010), apresentaram questionamentos sobre a possibilidade de o médico ser mais eficiente ao realizar a classificação de risco do que o enfermeiro. Entretanto, não houve nenhuma evidência para afirmar que os médicos são melhores ou mais eficientes na realização da triagem do que os enfermeiros com experiência

em atendimento de emergência. Devido à formação dos médicos ser voltada para o diagnóstico e para o tratamento, ao realizar a triagem, eles poderiam começar a tratar, em vez de avaliar e atribuir prioridades (FITZGERALD *et al.*, 2010).

No entanto, a formação dos enfermeiros é focada no planejamento e gerenciamento da assistência, levando em consideração a infra-estrutura do serviço. Dessa maneira, possuem melhor compreensão do funcionamento do serviço, além de serem profissionais aptos a identificar as necessidades de saúde dos usuários, o que possibilita a priorização dos casos graves (MIRÓ, 2010; STEINER *et al.*, 2009; ROS *et al.*, 2011).

Existem evidências descritas em estudos realizados em serviços de urgência em diversos países, apontando que o enfermeiro vem realizando adequadamente a atividade proposta (TANABE *et al.*, 2004; FITZGERALD *et al.*, 2010). Estudo referente à satisfação do trabalho na triagem estruturada identificou que a maioria dos enfermeiros referiu como positivas a liberdade de autonomia e a responsabilidade que lhes foi conferida para estabelecer e priorizar o acesso dos usuários nos serviços de emergências (FRY; BURR, 2002; CURTIS *et al.*, 2009; FORSGREN; FORSMAN; CARLSTRO, 2009).

Para a realização das atividades na classificação de risco é necessário que os enfermeiros possuam a habilidade da escuta qualificada, do raciocínio clínico para a tomada de decisão, do trabalho em equipe, além do conhecimento sobre os sistemas de apoio na rede assistencial para encaminhar o usuário, quando houver necessidade, para outro serviço de saúde de forma responsável (SOUZA *et al.*, 2011).

A utilização de protocolos embasa a classificação de risco e oferece respaldo legal para a atuação segura dos enfermeiros. Em estudo realizado para verificar o grau de concordância entre o protocolo institucional e o protocolo de Manchester, na classificação de risco dos pacientes atendidos no pronto socorro de um hospital público de Minas Gerais, identificou-se que o protocolo de Manchester demonstrou ser mais inclusivo, pois houve aumento do nível de prioridade dos pacientes, sendo considerado como uma ferramenta “sensível” para priorizar o atendimento dos usuários com risco em potencial (SOUZA *et al.*, 2011). Entretanto, mostrou-se falho em estudo realizado para

detectar os usuários que tiveram o quadro clínico agravado, após ter passado pela classificação de risco (COOKE; JINKS, 1999). Essa situação reforça a necessidade de reavaliação contínua do usuário até que o tratamento seja direcionado de forma adequada para a resolução do problema (SOUZA *et al.*, 2011).

Nascimento *et al.* (2011) ao analisar a percepção dos profissionais de enfermagem relacionada à implantação do acolhimento com classificação de risco em um serviço de emergência de um hospital da rede pública de Santa Catarina, evidenciaram potencialidades desta tecnologia para priorizar e otimizar o atendimento aos usuários com agravos agudos de saúde que necessitavam de intervenção imediata. Já o desconhecimento da população com relação à utilização do protocolo foi referido como uma fragilidade, pois os usuários solicitam que o atendimento seja por ordem de chegada, mesmo se tratando de um serviço de emergência.

Em estudos realizados em serviços de emergência no sul do Brasil, com o objetivo de conhecer a visão dos enfermeiros sobre a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco, foi evidenciado que a implantação dessa estratégia contribui na agilidade e na segurança do atendimento prestado aos usuários (ZANELATO; DAL PAI, 2010; SHIROMA; PIRES, 2011). Já com relação à utilização do protocolo como um instrumento de trabalho, embora contemple a maior parte dos agravos de saúde atendidos no serviço de emergência, os enfermeiros consideraram a experiência em atendimento de emergência o fator mais importante para realizar uma adequada classificação de risco (SHIROMA; PIRES, 2011).

Diante do aumento da procura pelos serviços de emergência, realizar o acolhimento com classificação de risco e proporcionar uma assistência com equipamentos e espaço físico adequados, voltada para as necessidades dos usuários e da equipe de saúde, continua sendo um grande desafio (SHIROMA; PIRES, 2011).

4 METODOLOGIA

A seguir será descrito o caminho metodológico realizado com vistas a atingir os objetivos propostos.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória descritiva tem a finalidade de descobrir as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta, descrevendo a importância dos significados, suas dimensões e variações (POLIT; HUNGLER, 2004). Dessa maneira, favorece o esclarecimento e o desenvolvimento de sugestões para possíveis resoluções das questões identificadas como problemas.

Na pesquisa qualitativa aplicada à saúde não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2005). Para Minayo (2008), o método qualitativo é adequado para ser aplicado no estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os indivíduos fazem a respeito do que vivenciam. Dessa forma, possibilita a compreensão de sentimentos, idéias e comportamentos.

4.2 Campo do estudo

O cenário da pesquisa foi o Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O Serviço de Emergência do HCPA presta atendimento de urgência e emergência a usuários adultos e pediátricos conforme demanda espontânea, segundo a Política Nacional de Atenção às

Urgências (2011) e pautado na Política Nacional de Humanização. Uma das diretrizes para atender as urgências e emergências é o acolhimento com avaliação e classificação de risco.

Dessa forma, o Serviço de Emergência do HCPA implantou em 2005 o Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, após reforma da área física e reestruturação dos processos de trabalho. E, a partir de setembro de 2011, o Serviço de Emergência do HCPA adotou o protocolo de Manchester para realizar a classificação de risco.

O Serviço de Emergência apresenta capacidade para atender 49 usuários adultos e 9 usuários pediátricos, sendo composto pelas seguintes áreas assistenciais: Unidade de Observação Pediátrica, Unidade Vascular, Unidade de Internação, Unidade de Observação Verde, Unidade de Observação Laranja (HCPA, 2012). O Serviço de Emergência do HCPA dispõe de 39 enfermeiros, distribuídos nos turnos de trabalho manhã, tarde, noite, turno intermediário e sexto turno.

4.3 Participantes do estudo

Foram convidados a participar do estudo os enfermeiros que atuam no Serviço de Emergência do HCPA.

Foi definida uma amostra intencional, que envolveu a seleção de sujeitos considerados representativos, conforme o problema investigado e os objetivos do estudo. Assim, foram excluídos enfermeiros que não atuam na Classificação de Risco Manchester do serviço de emergência do HCPA.

A seleção dos sujeitos se deu através um de sorteio realizado mediante consulta à escala dos profissionais dos respectivos turnos manhã, tarde, noite, turno intermediário e sexto turno que realizam a Classificação de Risco Manchester na emergência do HCPA.

O número de participantes foi delimitado pelo critério de saturação de dados, a qual ocorre quando não é obtida nenhuma informação nova nas entrevistas, atingindo-se a redundância. Nas entrevistas individuais, este limite

se encontra entre a décima quinta e vigésima quinta entrevista (BAUER; GASKELL, 2002). A saturação de dados foi obtida na décima quinta entrevista.

4.4 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com os enfermeiros do Serviço de Emergência do HCPA, no período de 04 a 30 de outubro de 2012.

Foi utilizado um roteiro de entrevista (APÊNDICE A), composto com questões relacionadas à opinião dos enfermeiros sobre a utilização do Protocolo de Manchester como instrumento de trabalho, dificuldades e facilidades que os enfermeiros encontram na utilização do protocolo, mudanças identificadas pelos enfermeiros no atendimento aos usuários após a implantação do protocolo.

As entrevistas foram agendadas por meio de um contato prévio com os participantes, a fim de combinar o local e o horário para serem realizadas. O local de realização das mesmas foi previamente disponibilizado pela chefia de enfermagem da unidade, no momento da coleta de dados. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra e tiveram uma duração, em média, de doze minutos.

4.5 Análise dos dados

Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo, do tipo análise temática proposta por Bardin (2010). O tema é utilizado como unidade de registro para analisar as motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças e de tendências.

Esta técnica propõe identificar os núcleos de sentido que formam a comunicação, sendo então agrupados e classificados por desdobramento do conteúdo do texto em categorias. A análise temática é organizada em três

etapas: pré-análise, que consiste na transcrição e leitura flutuante das entrevistas; exploração do material, nesta fase será feita a codificação, classificação dos dados e construção de categorias; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Inicialmente, as entrevistas foram transcritas e digitadas no Microsoft Word e posteriormente utilizou-se Software Nvivo 7. O programa auxiliou na organização da análise temática e quantificação do conteúdo, através das ferramentas de codificação e armazenamento dos textos em categorias específicas (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003).

4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A concordância dos enfermeiros respondentes em participar do estudo foi por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 196/96 (BRASIL, 1996) a qual trata sobre pesquisa com seres humanos. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre o objetivo da investigação e assinaram o TCLE em duas vias, sendo uma via para a pesquisadora e a outra fornecida a cada participante.

O estudo não ofereceu risco aos participantes, os quais foram esclarecidos que poderiam se recusar a participar e/ou desistir, em qualquer momento do estudo. A privacidade dos participantes foi garantida, por meio do anonimato e do caráter confidencial das informações, seguindo as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Utilizou-se a palavra “enf.” para denominar os enfermeiros(as) que participaram do estudo, seguidos dos respectivos números conforme a sequência das entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentam-se os resultados e a discussão por categorias temáticas, que foram depreendidas no processo de análise. Os resultados encontrados nas entrevistas permitiram identificar três categorias com suas respectivas unidades de análise: o protocolo de Classificação de Risco como um instrumento de trabalho do enfermeiro, dificuldades elencadas pelos enfermeiros ao utilizar o protocolo de Classificação de Risco Manchester na emergência do HCPA e mudanças percebidas pelos enfermeiros no atendimento prestado aos usuários, após a implantação do protocolo de Classificação de Risco Manchester.

5.1 O protocolo de classificação de risco como um instrumento de trabalho do enfermeiro

A opinião dos enfermeiros sobre a utilização do Protocolo de Classificação de Risco Manchester como um instrumento de trabalho está descrita em seis unidades de análise, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1 - O Protocolo de Classificação de Risco como um instrumento de trabalho do Enfermeiro

Unidades de análise	Frequência
- Segurança	22
- Facilidades	20
- Priorização dos pacientes graves	18
- Confiabilidade	15
- Respaldo legal	14
- Padronização	10

Fonte: Pesquisa direta, BOHN, M.L.S. Coleta de dados através de entrevistas semi-estruturada. Porto Alegre, outubro de 2012.

O protocolo de Classificação de Risco Manchester é visto pelos enfermeiros como um instrumento que padroniza a conduta dos profissionais que atuam na avaliação e classificação de risco, por intervirem na situação clínica, de maneira rápida e objetiva, priorizando o ingresso dos usuários, com riscos de agravos no serviço de emergência.

“A princípio eu acho que a Classificação de Risco do Manchester é boa, porque padroniza todo o atendimento, eu posso pensar de uma maneira, o meu colega pode pensar de outra.” (Enf. 6)

“É laranja, é laranja, está ali para ser consultado [...] pelo médico, pela chefia foi realmente padronizado. [...] esta questão de questionamento sobre a classificação melhorou bastante, porque nós seguimos à risca um protocolo.” (Enf. 2)

Constata-se pelas falas dos profissionais que o entendimento de avaliação e classificação de risco, além de auxiliar na gestão dos recursos disponíveis na emergência para a obtenção de um melhor planejamento e da alocação adequada dos recursos disponíveis, pode ser ampliado para compreensão dos profissionais dos demais serviços.

“Se eu estiver transferindo um paciente laranja, [...] todo o mundo vai entender que ele [...] precisa de um atendimento imediato. Que um amarelo pode esperar mais um pouco, mas é uma urgência.” (Enf. 2)

Os dados que foram encontrados no presente estudo no que diz respeito à padronização da classificação de risco, bem como à priorização dos usuários com risco de agravos à saúde, corroboram resultados descritos na literatura. Segundo Rossaneis *et al.* (2011) a classificação de risco, nos serviços de emergência, é uma ferramenta fundamental para organizar o fluxo de atendimento e proporcionar assistência mais resolutiva aos usuários em situações de risco à saúde. Estudos apontam que a classificação de risco, além de padronizar a conduta dos profissionais, também possibilita a organização dos processos de atendimento priorizando o risco e garantindo o fluxo dos usuários nos serviços de emergência (JIMÉNEZ, 2003; BITTENCOURT; HORTALE, 2009; DIOGO, 2007).

Identificou-se que o protocolo é considerado seguro, pelos enfermeiros, pois permite a identificação rápida de usuários com maior gravidade no momento da realização da triagem.

“[...] então, quer dizer, não acontece dos pacientes, de acontecer uma parada na triagem, por isso que eu acho que ele é seguro. Se ele for bem classificado e bem utilizado, é seguro.” (Enf. 1)

O protocolo de Classificação de Risco Manchester, pelo fato de não preconizar diagnóstico médico, mas por considerar a prioridade clínica, foi considerado seguro para avaliar e classificar o risco de agravos dos usuários que buscam o serviço de emergência do HCPA.

“Ele não deixa o paciente correr risco de vida ou de morte iminente porque é de acordo com a queixa, [...] dor pré-cordial [...] tu vais classificá-lo como laranja e tem que ser atendido em 10 min.” (Enf. 12)

Exemplificando que em locais onde a classificação de risco é feita baseada em diagnóstico médico, sem a utilização do protocolo de Manchester, um paciente com dor pré-cordial aguardaria uma hora para ser atendido pela equipe médica. Expondo e aumentando consideravelmente o risco de dano à saúde do usuário.

“[...] em outros locais tu utilizarias um diagnóstico médico [...] dependendo do plantonista, ele não vai considerar importante, a não ser que seja um infarto [...] dor pré-cordial vai aguardar uma hora então, [...] pode acontecer muita coisa.” (Enf. 12)

Além disso, foi enfatizado que o protocolo segue os parâmetros básicos para estabelecer o risco, como por exemplo, alteração em vias aéreas e no nível de consciência. O protocolo estabelece o nível de risco, pois o enfermeiro segue o fluxograma de acordo com os descritores, somente passando para o próximo descritor, quando o sinal e sintoma do usuário não se encaixarem no discriminador do fluxograma escolhido no momento da triagem.

“É seguro, porque segue alguns ABCS do atendimento, preconiza [...] vias aéreas, nível de consciência [...] tu só vais passar para o próximo item se tu responderes que não [...] se

tiveres dúvida [...] tu vais parar ali, por isso se torna seguro.”
(Enf. 12)

O protocolo de Classificação de Risco Manchester foi considerado seguro somente quando utilizado com adultos, não conferindo segurança ao enfermeiro no momento de avaliar e classificar o risco, quando utilizado por exemplo, para classificar idosos e crianças.

“[...] para adulto eu acho que é um protocolo seguro.” (Enf. 3)

Outro participante considera que o protocolo é seguro, contudo se tornaria mais seguro na hora de avaliar o risco do usuário se os sinais vitais fossem incluídos no protocolo.

“Tem outro fato que eu acho que poderia mantê-lo mais seguro, [...] a avaliação do sinal vital [...] Seria um risco para o paciente ser liberado para casa [...] tendo uma pressão arterial tão elevada.” (Enf. 14)

Resultados semelhantes foram relatados pelos enfermeiros em estudo realizado em Belo Horizonte, acerca do acolhimento com avaliação e classificação de risco, pois também apontaram que o protocolo estruturado garante uma maior segurança ao enfermeiro no momento de avaliar e classificar o risco (SHIROMA; PIRES, 2011). Estudos realizados com enfermeiros nos serviços de emergência do sul do Brasil identificaram que a implantação da avaliação com classificação de risco contribui na agilidade e na segurança do atendimento prestado aos usuários (ZANELATO; DAL PAI, 2010; SHIROMA; PIRES, 2011).

No que diz respeito ao amparo legal, ao avaliar e classificar o risco dos usuários utilizando o protocolo de Manchester no serviço de emergência do HCPA, os enfermeiros sentem-se respaldados e amparados legalmente para desenvolver a classificação de risco, por estar embasada em um protocolo estruturado.

“[...] o protocolo, ele veio bem para nos respaldar frente a várias situações que a gente tem na emergência [...].” (Enf. 9)

Os enfermeiros relataram que, antigamente, a triagem era realizada de acordo com a subjetividade do profissional. Ao realizá-la após a implantação do

protocolo, percebem que estão amparados legalmente, podendo argumentar sobre a prioridade clínica por eles estabelecida, independente se o questionamento partir do médico, ou do usuário.

“protocolo [...] ele nos dá um amparo legal, antigamente a triagem, era mais empírica, mais subjetiva, [...] agora tem como discutir, relatar e argumentar, tanto com os médicos, tanto com os pacientes.” (Enf. 13)

Os enfermeiros comentaram que a equipe médica passou a questionar menos a Classificação de Risco realizada, por estar embasada e fundamentada em um protocolo estruturado.

“[...] melhorou, porque antes nos éramos muito contestados pela equipe médica sobre a urgência de atendimento, agora não tem o que contestar, é um protocolo, está ali, é vermelho, é vermelho.” (Enf. 2)

O uso de protocolo estruturado oferece respaldo legal para os enfermeiros que atuam na avaliação e classificação de risco, favorecendo a tomada de decisão para alocar os melhores recursos disponíveis na emergência, no momento de avaliar e classificar o risco (SOUZA *et al.*, 2011; ULBRICH *et al.*, 2010).

Estudos realizados no âmbito nacional e internacional confirmam os dados encontrados nesta pesquisa no que tange ao respaldo legal conferido aos enfermeiros “triadores” pelo uso de protocolos estruturados na classificação de risco nos serviços de emergência. Embora, no Brasil, os enfermeiros tenham menos autonomia clínica quando comparado com os enfermeiros que desenvolvem a triagem estruturada na Austrália, em que lhes é permitido solicitar exames e a administração de medicamentos protocolados necessários, de acordo com a gravidade (FRY, 2002; FERNANDES *et al.*, 2005; TONI, 2006; CONSIDINE; BOTTI; THOMAS, 2007; AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2008; CURTIS *et al.*, 2009).

Os enfermeiros, em sua maioria, consideraram o protocolo confiável para realizar a triagem estruturada. Para classificar o risco o enfermeiro utiliza a queixa principal referida pelo usuário, que irá remetê-lo a um dos

fluxogramas, posteriormente procura o sinal e sintoma, que são os discriminadores que estão associados à queixa principal.

“É confiável sim, porque a gente consegue fazer bem conforme a necessidade do paciente, eu acho que ele é confiável sim [...]” (Enf. 1)

“Justamente por isso, por não trabalhar com diagnóstico médico, por trabalhar com a queixa do paciente acaba se tornando confiável [...]” (Enf. 12)

No entanto, o enfermeiro somente considera o protocolo confiável quando consegue classificar o usuário no momento da triagem. Em determinadas situações, a queixa que o usuário apresenta não está contemplada nos fluxogramas apresentados no protocolo de Manchester.

“Ele é confiável em muitos fluxogramas.” (Enf. 12)

“[...] ele é bem confiável, no momento que a gente consegue classificar o paciente [...]” (Enf. 8)

Estudo realizado com enfermeiros de serviços de emergência localizados na Suécia investigou a confiabilidade e a precisão do protocolo de Manchester, através de simulação de casos clínicos e das categorias de triagem atribuídas pelos enfermeiros. Foi evidenciado que de nove entre dez usuários graves eram classificados adequadamente de acordo com a sua prioridade clínica, refletindo 73% de precisão deste instrumento para avaliar e classificar o risco dos usuários graves (OLOFSSON; GELLERSTEDT; CARLSTRO, 2009).

De forma semelhante, em um hospital público de Belo Horizonte, o protocolo de Manchester foi considerado, pelos enfermeiros, um instrumento sensível para detectar, no momento da triagem, os usuários que necessitam de atendimento imediato. A partir da classificação de risco pelo protocolo de Manchester, 67% dos usuários triados foram classificados como vermelhos ou laranjas (SOUZA *et al.*, 2011).

Os enfermeiros consideram que o protocolo, não só facilita a triagem desenvolvida pelos enfermeiros, como também favorece a priorização dos usuários graves.

“[...] conseguir enxergar qual é o paciente que está pior, e dar uma prioridade no atendimento [...] um paciente com uma dificuldade, um agravo mais importante, sempre passa na frente.” (Enf. 9)

No protocolo de Manchester há notas explicativas para cada discriminador. Esse recurso do protocolo foi considerado, pelos enfermeiros, como facilitador no processo de triagem, uma vez que deixa claro o parâmetro considerado.

“Uma das facilidades é a explicação de cada termo, [...] porque até alguns valores dos sinais vitais são parâmetros diferenciados para o Manchester. [...] livro tendo o fluxo [...] e a descrição [...] facilita um pouco.” (Enf. 14)

Por agilizar a tiragem e torná-la mais objetiva, o protocolo de Manchester favorece que profissional identifique qual o paciente que realmente precisa de um atendimento imediato. O que não ocorreria se o atendimento fosse por ordem de chegada, em que não é considerada a prioridade clínica do usuário.

“[...] a gente consegue classificar mais rápido por que [...] é mais objetivo na atuação, se tu prestares bem atenção na queixa do paciente [...] tu consegues fazer bem direitinho.” (Enf. 1)

A classificação de risco de Manchester proporciona adequada priorização dos usuários, o que não acontece nos locais onde o atendimento é organizado de acordo com a ordem de chegada, sem considerar a prioridade clínica do usuário.

“[...] é um protocolo que nos ajuda a ver, o [...] paciente que necessita de atendimento, e dar-lhe uma prioridade, [...] como foca na queixa principal [...], se tu consegues ter uma boa conversa, [...] tu consegues [...] priorizar [...]” (Enf. 3)

Foi evidenciado que o protocolo possibilita ao enfermeiro interagir e manejar melhor os usuários que aguardam atendimento médico, diminuindo a ansiedade, uma vez que lhes é informado que o atendimento no serviço de emergência prioriza os usuários com risco de agravos e de morte iminente, mas que todos serão atendidos de acordo com suas prioridades clínicas.

“[...] com protocolo tu priorizas [...] o paciente está esperando

[...], está ansioso por que não sabe o que vai acontecer com ele, quando tu priorizas, tu mostras que ele pode aguardar [...] que "tem uma priorização, ele entende um pouco melhor." (Enf. 2)

Verificou-se que a responsabilidade do enfermeiro não se restringe somente ao momento de priorizar o risco, uma vez que o usuário pode apresentar piora em seu quadro clínico, enquanto aguarda pelo atendimento médico; quando há qualquer sinal de piora, os profissionais o encaminham para receber atendimento.

No Serviço de Emergência, é destinado um local, o Box M (emergência), para atendimento dos usuários em risco iminente de morte e pacientes instáveis hemodinamicamente. Neste espaço, há todo o material necessário para atender as mais diversas situações de emergência, como por exemplo, carro de parada, desfibrilador, material para intubação endotraqueal e punção venosa, monitores cardíacos, suporte de oxigênio, sistema de aspiração e toda medicação necessária para atender as intercorrências.

Segundo os enfermeiros, os usuários classificados com a cor laranja, são priorizados devido à possibilidade de levá-los ao Box M, quando o enfermeiro identifica que o atendimento está muito demorado, evitando maiores danos ao paciente.

"[...] a gente consegue priorizar, principalmente os laranjas, [...] tem a opção do Box M(emergência), se a gente vê que está demorando [...], a gente consegue passá-lo para o Box." (Enf. 8)

De forma semelhante, Cooke e Jinks (1999) identificaram que o protocolo de Manchester foi considerado pelos enfermeiros como um instrumento sensível quando utilizado para priorizar o risco de morte. Em um hospital público de Belo Horizonte foi desenvolvido um estudo para avaliar o grau de concordância entre o protocolo de Manchester e o protocolo institucional, sendo constatado que o primeiro é mais inclusivo, uma vez que foi percebido um aumento do nível de prioridades. Desta forma, foi considerado um instrumento apurado no que diz respeito à priorização do atendimento dos usuários com risco de agravos (SOUZA *et al.*, 2011).

5.2 Dificuldades elencadas pelos enfermeiros ao utilizar o protocolo de Classificação de Risco Manchester na emergência do HCPA

As dificuldades elencadas pelos enfermeiros ao utilizar o protocolo de Manchester como um instrumento de trabalho estão descritas com base em seis unidades de análise, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 - Dificuldades elencadas pelos enfermeiros ao utilizar o Protocolo de Classificação de Risco Manchester

Unidades de análise	Frequência
- Adequação do protocolo à demanda	45
- Aceitação da classificação pela equipe médica e o tempo preconizado para o atendimento médico	22
- Desconhecimento da população em relação ao protocolo	5
- Tempo preconizado para realizar a classificação	5
- Falta de apoio da rede	4
- Local de realização da triagem	4

Fonte: Pesquisa direta, BOHN, M.L.S. Coleta de dados através de entrevistas semi-estruturada. Porto Alegre, outubro de 2012.

No que diz respeito às dificuldades, foi relatado pelos enfermeiros o desconhecimento da população sobre a avaliação e classificação de risco, bem como a utilização do protocolo no serviço de emergência do HCPA.

“Outra dificuldade [...] é o não conhecimento do protocolo da população em geral, então eles acham que a gente como profissional de enfermagem, está o classificando conforme aquela situação.” (Enf. 14)

Muitos usuários questionam os profissionais que atuam na classificação de risco, quando um usuário recém chegado ao serviço recebe atendimento médico, passando à frente dos que já estavam no local. O enfermeiro, então, tem que explicar que os critérios de atendimento são utilizados de acordo com as prioridades clínicas, e não por ordem de chegada ao serviço de emergência, conforme preconizado pelo protocolo de Manchester.

Segundo Souza *et al.* (2011) em estudo com o objetivo de conhecer a visão dos enfermeiros acerca da avaliação com classificação de risco utilizada

no serviço de emergência, o desconhecimento da população foi percebido como uma fragilidade, uma vez que a população tem culturalmente arraigado o hábito de entrar em filas, solicitando que o seu atendimento seja por ordem de chegada. Torna-se necessário, portanto, que o enfermeiro utilize a comunicação verbal como uma medida estratégica para esclarecer os usuários sobre a avaliação e classificação de risco utilizada no serviço de emergência.

Foi citada pelos enfermeiros a dificuldade de encaminhamento para rede de serviços de saúde, pois há inúmeras situações em que o usuário poderia estar sendo atendido na rede básica de saúde. Entretanto, não conseguem realizar a contra-referência deste usuário para a sua unidade de saúde para que receba o atendimento de que necessita.

“[...] poderiam ser tratados no posto [...] se [...] tivéssemos o recurso de [...] contra-referência para essas pessoas que não são graves [...] o protocolo é somente uma peça do instrumento, aonde [...] a engrenagem como um todo, não consegue dar conta.” (Enf. 12).

Os enfermeiros afirmam que o protocolo de Manchester é apenas uma ferramenta, utilizada na tentativa de melhorar a operacionalidade do serviço de emergência, devido à disparidade entre a reduzida oferta de serviços disponibilizados e a elevada procura pelos usuários do serviço de emergência.

Em estudo realizado no sul do país constatou-se que os enfermeiros sentem-se angustiados por não terem para onde encaminhar esses usuários, que poderiam ser atendidos na rede básica de saúde, gerando inclusive sofrimento nos profissionais que atuam na avaliação e classificação de risco (DAL PAI; LAUTERT, 2008).

Foi sinalizada a inexistência do processo de referência e contra-referência, o que propicia acúmulo de usuários no serviço de emergência, refletindo diretamente na qualidade do atendimento prestado aos usuários no serviço de emergência. Os níveis de atenção à saúde deveriam formar uma rede de recursos, de modo que um complemente a ação do outro, por meio de pactuações prévias (NASCIMENTO *et al.*, 2011). Entretanto, isso só ocorreria se fosse disponibilizado o atendimento necessário aos usuários de acordo com a gravidade clínica nos respectivos níveis dos serviços de saúde (GARLET *et al.*, 2009).

Já com relação à adequação do protocolo à demanda do serviço de emergência do HCPA, identificou-se que os enfermeiros consideram o protocolo de Manchester inadequado, em alguns dos seus fluxogramas, para avaliar e priorizar o risco em determinadas situações clínicas.

“[...] alguns dos fluxogramas [...] estão inadequados.” (Enf. 2)

A inadequação do protocolo, segundo os enfermeiros, se dá pelo fato de ter sido criado e desenvolvido baseado em outros cenários, com características epidemiológicas que muitas vezes não refletem a realidade dos usuários que buscam a emergência do HCPA.

“[...] é um protocolo que foi criado em um país desenvolvido, então a realidade é bem diferente, até pela cultura [...].” (Enf. 12)

Os enfermeiros enfrentam entraves para classificar a prioridade dos usuários com quadro clínico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), visto que não há um fluxograma que contemple a alteração desse sinal, reforçando a necessidade de adequá-lo conforme a realidade da demanda do serviço de emergência do HCPA.

“[...] uma crise hipertensiva [...] não tem como ser classificado [...] ele não preconiza um fluxograma para hipertensão[...] teriam que adequar para a nossa realidade. ” (Enf. 5)

Existe necessidade de fluxograma para avaliação de usuários acometidos por esse agravo, principalmente porque nos serviços de emergência brasileiros, a HAS constitui-se como a patologia crônica mais frequente (CARRET *et al.*, 2011; LAGO *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Souza (2006) constatou que a crise hipertensiva é um problema de saúde presente no cotidiano dos serviços de emergência, sendo uma situação clínica que requer avaliação imediata do usuário acometido para o controle rigoroso dos níveis tensionais e dos sinais e sintomas. O trabalho do enfermeiro na triagem, ou na classificação de risco possibilita a prioridade no atendimento, evitando maiores danos à saúde dos usuários acometidos por crise hipertensiva. Deve-se considerar, ainda, para o atendimento desses

usuários, que a utilização de um protocolo com base em fluxograma previamente estabelecido para cada situação, proporciona atendimento mais rápido a casos de maior gravidade (NÚÑEZ-ROCHA, 2004).

Há profissionais que consideram alguns dos fluxogramas inadequados, principalmente quando utilizados para avaliar a prioridade clínica em pediatria. Apontam que no protocolo de Manchester não está prevista a febre alta em criança em seus fluxogramas, sendo necessário adequá-lo.

Principalmente visando à pediatria, [...] não tem febre alta em criança, e se prioriza. [...] precisa ser adequado.” (Enf. 2)

Quando um usuário pediátrico procura atendimento no serviço de emergência, apresentando como queixa principal apenas hipertermia, o enfermeiro é impossibilitado de classificá-lo adequadamente por meio do protocolo de Manchester, dentro das prioridades clínicas identificadas no momento da triagem.

“[...] para criança não é muito fidedigno. [...] tem muitas crianças que vêm com diagnóstico de febre, e não têm nenhum outro tipo de queixa, a gente não consegue encaixar em nenhum fluxograma.” (Enf. 3)

Na Suécia, em um serviço de emergência, também foi evidenciado pelos enfermeiros a não adequação do protocolo de Manchester, refletido na ausência de discriminadores ou sinais e sintomas no momento de avaliar e priorizar o risco em pediatria (OLOFSSON; GELLERSTEDT; CARLSTRO, 2009). O protocolo de Manchester não foi desenvolvido especificamente para ser utilizado na pediatria. Embora apresente sete fluxogramas com seus respectivos discriminadores para priorizar e avaliar o risco em crianças, não se encontra adequado em determinados fluxogramas.

Segundo Andrade *et al.* (2008) em estudo realizado em emergência pediátrica que utiliza o protocolo de Classificação de Risco Manchester para estabelecer a prioridade clínica, foram suscitadas adaptações locais, além de novos estudos acerca da inclusão de fluxogramas e discriminadores para correta priorização do risco nessa faixa etária. Ressalta, ainda, a importância da classificação de risco ser realizada por enfermeiros especialistas em

pediatria, para melhor avaliar e priorizar os riscos de agravos desse grupo de usuários nos serviços de emergência.

Outro estudo, realizado com enfermeiros que utilizam o protocolo de Manchester em serviço de emergência, identificou que para estabelecer a prioridade clínica dos usuários que buscam o serviço de emergência, não havia discriminadores ou fluxogramas adequados para fundamentar suas decisões no momento da triagem (FORSMAN; FORSGREN; CARLSTRÖM, 2012), confirmando o que foi relatado pelos enfermeiros do presente estudo, referente à não adequação do protocolo em algumas situações.

Constata-se que há uma dificuldade de alguns profissionais médicos, em aceitarem o trabalho realizado pelos enfermeiros na avaliação e classificação de risco no serviço de emergência do HCPA.

“[...] dificuldade em [...] relação à parte médica [...] eles não nos respeitam como deveriam [...] não levam como prioridade a nossa classificação [...] laranja fica às vezes mais de 10 min aguardando atendimento.” (Enf. 8)

Identificou-se, na fala dos enfermeiros que há falta de comprometimento da equipe médica, por não prestarem o atendimento aos usuários no tempo estabelecido pelo protocolo de Manchester, após classificação realizada pelos enfermeiros.

“[...] acontece [...] aqui na nossa realidade dos pacientes serem triados, e não serem atendidos [...] no tempo que é preconizado pelo protocolo.” (Enf. 4)

Fica evidenciado que a prioridade clínica adotada pelos enfermeiros na triagem difere, por vezes, das que são consideradas pela equipe médica. A dificuldade no cumprimento dos horários estabelecidos pelo protocolo é atribuída ao não entendimento, por parte dos médicos, da lógica estabelecida pelo protocolo de Manchester, contribuindo para ocorrência de atrasos no atendimento.

“A maior dificuldade [...] é o respeito aos horários para o atendimento, é a dificuldade de fazer com que os médicos entendam o protocolo e participem junto conosco [...] Essa é a maior dificuldade o comprometimento da equipe médica.” (Enf. 9)

Em um serviço de emergência, o excesso de demanda dificulta o trabalho dos profissionais, sejam eles médicos ou enfermeiros. Os protocolos estruturados auxiliam no processo de priorização do atendimento aos usuários com riscos de agravos por meio da alocação e da distribuição dos recursos disponíveis em benefício do usuário.

Segundo Hughes (2006) o tempo de espera ideal para o atendimento em cada categoria, preconizado pelo protocolo utilizado no serviço de emergência, pode ser utilizado como um marcador de qualidade e infraestrutura disponível. Os autores Mackway, Marsden e Windle, (2003), sugerem que não se perca o rigor e a segurança que a triagem oferece para o usuário e para os profissionais. Autores afirmam que a classificação de risco somente será dispensável quando os recursos corresponderem à demanda, o que parece pouco provável, visto que haverá sempre um desequilíbrio entre a oferta e a capacidade de responder as necessidades da população.

Coutinho (2010) em estudo realizado para avaliar o impacto da classificação de risco Manchester no cotidiano dos profissionais, evidenciou uma tensão entre médicos e enfermeiros, no que diz respeito à utilização do protocolo de Manchester, com a alteração de papéis tradicionais. O conflito ocasionado com a equipe médica quando há discordância sobre a prioridade de atendimento estabelecida aos usuários, foi referido como dificuldade pelos enfermeiros, pois no cenário atual é o enfermeiro quem avalia e classifica o risco, determinando o fluxo de usuários, bem como a ordem de atendimento médico, podendo interferir nas relações de saberes dos profissionais envolvidos no cenário da classificação de risco (COUITINHO, 2010).

Segundo Coutinho (2010) essa alteração de papéis tem suscitado interpretações por parte da equipe médica, como sendo uma estratégia institucional para interferir na autonomia do médico, pois além de regular, controla o trabalho da equipe médica e o fluxo de usuários no serviço. Coutinho (2010) também afirma que a implantação do protocolo de Manchester gera conflitos nas relações entre os profissionais, no serviço de emergência, corroborando com o que foi encontrado no presente estudo.

A localização da triagem é vista pelos enfermeiros como inapropriada, gerando inclusive dificuldade no momento de avaliar e priorizar o risco, pois é

um ambiente com muita poluição sonora, decorrente do fluxo excessivo de usuários na emergência do HCPA.

“[...] o local de realização do Manchester [...] tem muito barulho, muita gente conversando, telefone tocando, isso ai acaba desviando muito a nossa atenção.” (Enf. 1)

Para estabelecer o risco é fundamental que o profissional consiga prestar atenção nas queixas relatadas pelo usuário no momento da triagem, para então estabelecer a prioridade clínica. Segundo os participantes do estudo, o ideal seria que não houvesse interrupções durante a classificação de risco, evitando que o profissional tenha a atenção desviada durante o momento de estabelecer a prioridade clínica dos usuários.

“[...] a dificuldade [...] é a localização da classificação de risco para o enfermeiro. [...] tu estas tentando conversar com o paciente, mas tem outro do lado perguntando “enfermeira, que horas é o meu atendimento?”, isso atrapalha na hora que tu vai classificar o paciente.” (Enf. 3)

Em estudo realizado por Coutinho (2010), a implantação do protocolo de classificação de risco Manchester no serviço de emergência implica na redefinição, não só da estrutura física, mas também de materiais e de fluxos internos, além das equipes envolvidas. Dessa forma, torna-se necessário o envolvimento direto da instituição para intervir na busca de soluções para as dificuldades apontadas pelos profissionais que realizam a classificação de risco no serviço de emergência.

Não foi identificado, na literatura, estudo que pontuasse como dificuldade o local onde a triagem é desenvolvida pelos enfermeiros, mas sim no que diz respeito à adequação do espaço físico do serviço de emergência como necessária para desenvolver de maneira satisfatória a classificação de risco pelos profissionais envolvidos (COUTINHO, 2010).

O tempo estabelecido pelo protocolo de Manchester para realização da avaliação e classificação de risco é referido pelos enfermeiros como uma dificuldade. Muitos acreditam ser impossível estabelecer uma boa classificação no tempo preconizado pelo protocolo, que são três minutos.

“[...] E dificuldade, o protocolo ele prioriza que tu faças a classificação em até 3 min. [...] às vezes tu não consegues fazer essa classificação em 3min.[...]” (Enf. 15)

Atribuem a dificuldade à realidade por eles vivenciada na emergência, em que o profissional tem que explicar para o usuário o motivo que o levou a classificá-lo em determinada categoria estabelecida pelo protocolo.

“A dificuldade principal são os três minutos, na nossa realidade [...] é impossível tu fazeres uma boa classificação [...] porque tu tens que esclarecer [...] que ele [...] é verde, porque a queixa dele se adequava àquela situação.” (Enf. 12)

A triagem é uma avaliação rápida que determina o tempo e a sequência em que os indivíduos devem ser atendidos em situação de emergência (HAY *et al.*, 2001; AACHARYA; GASTMANS; DENIER, 2011). Em um serviço de emergência, a classificação de risco tem como foco principal, priorizar os usuários com riscos de agravos, devendo ser realizada de maneira dinâmica e objetiva, não deve demorar mais do que dois a cinco minutos e deve haver um equilíbrio entre rapidez e efetividade. Desta forma, prioriza o atendimento aos usuários com potencial risco de agravos e assegura que os recursos no serviço de emergência disponíveis sejam utilizados adequadamente (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [200-]).

5.3 Mudanças percebidas pelos enfermeiros no atendimento prestado aos usuários, após a implantação do protocolo de Classificação de Risco Manchester

As mudanças percebidas pelos enfermeiros no atendimento prestado aos usuários, após a implantação do protocolo de Classificação de Risco Manchester, estão descritas em duas unidades de análise como mostra o Quadro 3.

Quadro 3 - As mudanças percebidas pelos enfermeiros no atendimento prestado aos usuários, após a implantação do protocolo de Classificação de Risco Manchester

Unidades de análise	Frequência
- Melhorias no atendimento ao usuário	8
- Melhorias na avaliação dos pacientes graves	6

Fonte: Pesquisa direta, BOHN, M.L.S. Coleta de dados através de entrevistas semi-estruturada. Porto Alegre, outubro de 2012.

Com a implantação do protocolo de Manchester no Serviço de Emergência do HCPA, os enfermeiros perceberam que houve um aumento no atendimento de usuários que não apresentam riscos de agravos, considerando que os mesmos poderiam ter os seus problemas de saúde solucionados em um pronto atendimento, ou em uma unidade básica. O atendimento da demanda de usuários que não apresentam risco iminente de morte pode descaracterizar o serviço de emergência.

“[...] pessoas que não têm gravidade atendidas aqui, [...] virou assim, parece um pronto atendimento, uma unidade básica de saúde, mas não uma emergência [...]” (Enf. 6).

Os usuários que não apresentam riscos de agravos podem contribuir para a superlotação dos serviços de emergência. Alguns autores (GENTILE *et al.*, 2010; KALEMOGLU *et al.*, 2004; PASSARÍN *et al.*, 2006) afirmam que esses usuários poderiam ter as suas necessidades atendidas em serviços de saúde que disponibilizam tecnologias de atendimento de menor complexidade, como por exemplo, os serviços disponíveis na atenção primária à saúde.

Já os profissionais dos serviços de emergência devem prestar atendimento aos usuários independente da gravidade. Entretanto, esses usuários interferem e contribuem para o esgotamento físico desses profissionais, devido à demanda excessiva e ao acúmulo de tarefas e consequente sobrecarga de trabalho para toda a equipe de saúde (FURTADO; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2004; GARLET *et al.*, 2009; KALEMOGLU *et al.*, 2004).

Contudo, é de fundamental importância lembrar que a classificação de risco não tem o objetivo de excluir, mas sim de organizar o fluxo, priorizando o

atendimento dos usuários de acordo com os riscos de agravo à saúde. Assim, com a implantação de protocolos estruturados no serviço de emergência espera-se otimizar o tempo e os recursos utilizados, bem como aumentar a resolutividade da assistência prestada ao usuário (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

As falas evidenciam que ocorreram mudanças na organização e na qualidade do atendimento aos usuários no serviço do HCPA, após a utilização do protocolo de classificação de risco Manchester. Os profissionais acreditam que houve uma melhora no que diz respeito à classificação de risco realizada pelo enfermeiro, pois passaram a identificar a prioridade e encaminhar de forma mais adequada os usuários que buscam o serviço.

“[...] Para os usuários em relação a nossa classificação, também teve uma melhora, porque hoje a gente consegue detectar aquele paciente que está grave, ou que está moderado, ou que está com a queixa leve.” (Enf. 10)

“[...] a gente consegue fazer o encaminhamento mais preciso [...] houve uma grande melhora, o usuário ganhou com isso, com o protocolo de Manchester.” (Enf. 10)

Foi mencionado também, pelos enfermeiros, que os usuários que realmente tenham um agravo de saúde, ou apresentem uma dor intensa no momento da triagem, são beneficiados por terem suas prioridades clínicas atendidas com o uso do protocolo de Manchester.

“Então quando ao atendimento para os pacientes os que realmente necessitam, o com dor intensa ou com algum risco para eles facilitou.”(Enf. 2)

A procura por esses serviços, entretanto, nem sempre ocorre por motivos relacionados a situações que requerem atendimento imediato do ponto de vista técnico. Na literatura mundial, o uso dos serviços de emergência por usuários com demandas não urgentes tem preocupado profissionais de saúde e gestores do sistema, constituindo-se em problema que têm contribuído para a superlotação dos serviços de emergência e para o aumento da sobrecarga de trabalho para os profissionais que atuam na linha de frente, prestando atendimento a esses usuários (CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer a opinião dos enfermeiros, bem como as tensões e dificuldades decorrentes da implantação do protocolo de Manchester no serviço de emergência do HCPA. Por outro lado, aponta também, o respaldo legal e as facilidades na visão dos enfermeiros que atuam na operacionalização da classificação de risco.

O protocolo de Classificação de Risco Manchester é visto pelos enfermeiros como um instrumento que padroniza a conduta dos profissionais que atuam na avaliação e classificação de risco, auxiliando na gestão dos recursos disponíveis na emergência, contribuindo para melhorias no planejamento e na alocação dos recursos disponíveis em benefício dos usuários. Com relação à segurança conferida pelo protocolo no momento da triagem houve uma disparidade na opinião dos participantes, pois há aqueles que apenas o consideram seguro, quando utilizado para priorizar o risco em usuários adultos, não conferindo a mesma segurança para estabelecer a prioridade clínica.

No que diz respeito à confiabilidade, consideram-no confiável por utilizar a prioridade clínica e não o diagnóstico médico para classificar o risco dos usuários.

Os enfermeiros que atuam no serviço de emergência do HCPA sentem-se respaldados legalmente por utilizar um protocolo estruturado ao realizar a classificação de risco. Este é apontado como um instrumento facilitador no momento da triagem, por torná-la ágil e objetiva, priorizando os usuários que necessitam de atendimento de enfermagem e atendimento médico imediato. Além disso, favorece a interação do enfermeiro com o usuário, uma vez que os possibilita informá-los que todos serão atendidos de acordo com suas prioridades clínicas.

No que diz respeito às dificuldades, foi apontado pelos enfermeiros o desconhecimento da população sobre a avaliação e classificação de risco utilizada no serviço de emergência, visto que muitos não entendem quando um usuário recém chegado recebe atendimento médico, passando à frente dos que já estavam aguardando. Foi também apontado como dificuldade o

encaminhamento para rede de serviços de saúde e a ineficácia do processo de referência e contra-referência, uma vez que muitos usuários poderiam receber atendimento médico em uma unidade de pronto atendimento, ou em uma unidade básica de saúde.

Com relação à adequação do protocolo de Manchester, os enfermeiros consideram-no inadequado, em alguns dos seus fluxogramas, por ter sido criado e desenvolvido baseado em outro cenário, com características epidemiológicas que muitas vezes não refletem a realidade dos usuários que buscam a emergência do HCPA. Foi considerado inadequado quando utilizado para avaliar a prioridade clínica em pediatria, principalmente no que se refere à hipertermia, dessa forma, os infantes podem estar vulneráveis aos agravos que podem decorrer desse sinal.

A localização do espaço físico da classificação de risco no serviço de emergência do HCPA foi considerada inapropriada, pois é um ambiente com muita poluição sonora, decorrente do fluxo excessivo de usuários na emergência, o que dificulta no momento de realizar a classificação de risco, pois o enfermeiro tem que estar atento à queixa referida pelo usuário, para então adequar a sua prioridade clínica de acordo com as necessidades apresentadas.

Foi identificada a dificuldade em realizar a classificação de risco no tempo preconizado pelo protocolo, atribuindo esse fato à realidade, vivenciada pelos enfermeiros na emergência, em que muitas vezes têm que explicar aos usuários o motivo que os levou a classificá-los em determinada categoria estabelecida pelo protocolo.

Foi evidenciada a dificuldade de estabelecer um trabalho em conjunto entre a equipe médica e a equipe de enfermagem, com a implantação do protocolo de Manchester, no que diz respeito ao cumprimento do horário da classificação de risco estabelecida pelo enfermeiro. Talvez isso ocorra devido à nova divisão de trabalho no serviço de emergência, o enfermeiro é o profissional responsável por priorizar o risco e definir a ordem de atendimento médico no serviço de emergência. Desta forma, pode interferir nas afirmações de saberes desses profissionais, podendo ser percebida como uma interferência na autonomia, uma vez que a equipe médica historicamente tem sido responsável em decidir a prioridade dos usuários em receber atendimento.

Com relação às mudanças no atendimento prestado aos usuários no serviço de emergência do HCPA, os enfermeiros observaram que houve melhora na organização e na qualidade do atendimento. Passaram a identificar melhor a prioridade clínica, além de conseguirem realizar o adequado encaminhamento do usuário no serviço de emergência, de acordo com as necessidades apresentadas no momento da classificação de risco.

Contudo, novos estudos são necessários, para analisar a adequação do protocolo de classificação de risco Manchester à demanda do serviço de emergência, uma vez que foi evidenciado, pelos enfermeiros, a não adequação dos fluxogramas para estabelecer de maneira correta a prioridade clínica e os riscos de agravos em pediatria no serviço de emergência, por meio da utilização do referido protocolo.

Com relação à enfermagem foi possível conhecer como vem sendo desenvolvida a classificação de risco no serviço de emergência do HCPA e o modo como se estabelecem as relações entre os profissionais que atuam neste cenário. Faz-se necessária a discussão da adequação deste instrumento à realidade do serviço, assim como das relações estabelecidas entre as equipes de enfermagem e médica, refletindo a classificação de risco como uma reorganização do trabalho coletivo, para melhor atender aos usuários que buscam o serviço.

REFERÊNCIAS

AACHARYA, R, P.; GASTMANS, C.; DENIER, Y. Emergency department triage: an ethical analysis. **Bio Medical Central Emergency Medicine**, v. 11, n. 16, p. 1-13, jul. 2011. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/11/16>>. Acesso em: 20 mai 2012.

ABBÊS, C.; MASSARO, A. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer Saúde. IN: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília –DF. Série B. Textos básicos em Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.slab.uff.br/textos/texto84.pdf>>. Acesso em: 18 mar 2012.

ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007.

ANDRADE, T. *et al.* Triagem de Manchester na idade pediátrica – Estudo Inter-hospitalar. **Nascer e Crescer**, v.17, n.1, p. 16-20, 2008. Disponível em: < <http://repositorio.chporto.pt>> Acesso em:12 nov12.

ARANGUREN, E. *et al.* Estudio de la validez pronostica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, v. 28, n. 2, p. 177-188, feb. 2005.

ARAÚJO, M. T. **Representações sociais dos profissionais de saúde das unidades de pronto atendimento sobre o serviço de atendimento móvel de urgência**. 2010. 100 p. Dissertação (Mestre em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. **Guidelines for the Implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments**. 2005. Disponível em: <<http://www.acem.org.au>>. Acesso em: 05 jun 2012.

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. **Guidelines for the Implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments**. 2008. Disponível em: <<http://www.acem.org.au>>. Acesso em: 20 jun 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, Lda.; 2010.

BAUER, M. W; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1439-54, jul. 2009.

BRASIL. Conselho nacional de saúde. **Normas de Pesquisa em Saúde**. Resolução n. 196/96, 1996.

———. Ministério da Saúde. **Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer saúde. Brasília: Ministério da Saúde, série B, 2004.

———. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 3. ed. ampl. 2006.

———. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências: portaria n. 2048**. Brasília: GM/ MS, 2004.

BEVERIDGE, R. *et al.* Reliability of the Canadian emergency department triage and acuity scale: interrater agreement. **Annals of Emergency Medicine**, v. 34, n. 2, p. 155-159, aug. 1999.

BULLARD, J. *et al.* Revisions to the canadian emergency department triage and acuity ED administration. **Canadian Journal of Emergency Medical**, v. 10, n. 2, p. 136-142, 2008.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; KAWACHI, I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. **BioMedical Central Health Services Research**, v.7, n.131, 2007.

CARRET, M. L. V. *et al.* Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. supl 1, p.1069-79, 2011.

CONSIDINE, J.; BOTTI, M.; THOMAS, S. Do knowledge and experience have specific roles in triage decision-making? **Academic Emergency Medicine**, v. 14, n. 8, p.722-6, aug. 2007.

COOKE, M. W.; JINKS, S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? **Journal of Accident Emergency Medicine**, v. 16, n. 3, p. 179-81, 1999.

COUTINHO, A. A. P. **Classificação de risco no serviço de emergência: uma análise para além de sua dimensão tecno-assistencial**. 2010. 206p. Dissertação (Doutorado em Ciências da Saúde) – Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CURTIS, K. *et al.* The emergency nursing assessment process-A structured framework for a systematic approach. **Australasian Emergency Nursing Journal**, v. 12, n. 4, p. 130-36, nov. 2009.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 3, maio-junho, 2008. Disponível em:< www.eerp.usp.br/rlae> Acesso em: 02 dez 2012

DAVID, W. W. *et al.* Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS). **Canadian Journal of Emergency Medical**, v.10, n.3, p.224-32, mai. 2008.

DIOGO, C. S. **Impacto da relação cidadão – sistema de triagem de manchester na requalificação das urgências do SNS**. 2007. 22p. Dissertação (Mestre em Gestão dos Serviços de saúde) - Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.

FERNANDES, C. M. *et al.* Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. **Journal of Emergency Nursing**, v.31, n.1, p.39–50 jan. 2005.

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

FORSGREN, S.; FORSMAN, B.; CARLSTRO, E. D. Working with Manchester triage-Job satisfaction in nursing. **International Emergency Nursing**, v. 17, n.4, p. 226-32, jun. 2009.

FORSMAN, B.; FORSGREN, S.; CARLSTRÖM, E. Nurses working with Manchester triage The impact of experience on patient security. **Australasian Emergency Nursing Journal**, Sweden, v.15, n.2, p. 100-1007, may. 2012.

FURTADO, B. M. A. S.; ARAÚJO JR., J. L. C.; CAVALCANTI, P. O Perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise sobre os possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 279-289, set. 2004.

FRY, M.; BURR, G. Review of the Triage Literature: Past, Present, Future? **Australian Emergency Nursing Journal**, v. 5, n. 2, p. 34-8, aug. 2002.

GARLET, E. R. *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.18, n.2, p. 266-272, abr-jun, 2009.

GENTILE, S. *et al.* Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. **BioMedical Health Services Research**, v.10, n.66, 2010.

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

GUIZZO, B. S.; KRZIMINSKI, C.; OLIVEIRA, D. C. O Software NVIVO 2.0 na análise qualitativa dos dados: ferramenta para pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.24, n.1, p. 53-60, abr, 2003.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Histórico da Classificação de Risco**. [200-]. Disponível em: <<http://www.gbacr.com.br/index.php>>. Acesso em: 06 jun 2012.

HAN, J. H. *et al.* The effect of physician triage on emergency department length of stay., **The Journal of Emergency Medicine**,v. 39, n. 2, p. 227-33, aug. 2010.

HAY, E. *et al.* Quality Assurance of Nurse Triage: Consistency of Results Over Three Years. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 19, n. 2, p. 113-116, mar. 2001.

HAYDEN, S. R.; JOURILES, N. J.; ROSEN, P. Requiem For "Non-Urgent" Patients In The Emergency Department. **The Journal of Emergency Medicine**, USA, v.38, n.3, p.381-383, April. 2010.

HOOT, N.R.; ARONKY, D. Systematic Review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. **Annals of Emergency Medicine**, v.52, n.2, p.126-136, August. 2008.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - Hospital de Clínicas de Porto Alegre [homepage na internet]. Porto Alegre: **Enfermagem em Emergência**. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/464/705/>>. Acesso em: 07 mai 2012.

HUGHES, G. TRIAGE; Triage; evolution or extinction. **Emergency Medicine Journal**, v.23, n.2, p.88 (editorial), 2006.

ISERSON, K. V.; J. C. MOSKOP. "Triage in medicine, part I: Concept, history, and types." **Annals of Emergency Medicine**, v. 49, n. 3, p. 257-281, jul. 2007.

JIMÉNES, J. G. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. **Emergências**. Principat D'Andorra. n.15, p.165-74, 2003.

KALEMOGLU, M. *et al.* Non-urgent patients in an Emergency Medical Service. **Revista Médica de Chile**, v.132, n.9, p.1085-89, 2004.

LAGO, L. M. *et al.* Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. **Ciencia & Saúde Coletiva**, n.15, supl.1, p.1283-91, 2010.

LÄHDET, F. E. *et al.* Analysis of triage worldwide. **Emergency Nursing**. v. 17, n. 4. EUA 2009.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency Triage**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. Don't throw triage out with the bathwater. **Emergency Medicine Journal**, v. 20, n.2, p. 119-20 [debate], 2003.

MIDDLETON, K. R.; BURT, C. W. Availability of pediatric services and equipment in emergency departments: United States, 2002–03. **Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics**, n. 367, feb. 2006. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/ahcd/nhamcs_participant.htm> Acesso em: 08 jun 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**-pesquisa qualitativo em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRÓ, Ò. Where are we going? Emergency care 2003. **Anales del Sistema Sanitário de Navarra**, Barcelona, v.33, n1, p.229-235, 2010.

MURRAY, M.; BULLAR, M.; GRAFSTEIN, E. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale implementation guidelines. **Canadian Journal of Emergency Medical Care**, V.6, n.6, p. 421-7, 2004.

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

NÚÑEZ-ROCHA, G.M. *et al.* Tiempos de espera? El triage. Una alternativa en el departamento de emergências. **Revista de Investigación Clínica**, v. 56, n. 3, p. 314- 320, 2004.

OLIVEIRA, G. N. *et al.* Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.3, 2011.

OLOFSSON, P.; GELLERSTEDT, M.; CARLSTRO, E, D. Manchester Triage in Sweden – Interrater reliability and accuracy. **International Emergency Nursing**, v.17, n.3, p. 143-148, July 2009.

PASSARÍN, M.I. *et al.* Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. **Gaceta Sanitaria**, v.20, n.2, p.91-100, 2006.

POLIT, F. D.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROSSANEIS, M. A. *et al.*, Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n.4, p.648-56, out/dez, 2011.

ROS, J.M. *et al.* Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? **Atención Primaria**, 2011.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, p. 14-14, 2011.

SOUZA, C. C. *et al.* Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.19, n.1, p. 26-33, jan-fev. 2011.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 2009. Dissertação (Mestre em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SOUZA, R. S.; BASTOS, M. A. R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.12, n.4, p. 581-86, 2008.

SOUZA, A. C. C. **Crise hipertensiva: análise dos casos atendidos na emergência de um hospital municipal de Fortaleza-Ceará**; 2006. 98p. Dissertação (mestrado)-Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde - Universidade Estadual do Ceará, Ceará.

SPEAKE, D. Detecting high-risk patients with chest pain. **Emergency Nurse**, v. 11, n. 5, p. 19-21, sept. 2003.

STEEL, I, R. Evolution of triage systems. **Emergency Medicine Journal**, v.23, n.2, p. 154-155, 2006.

STEINER, P. S. *et al.* Impact of a nurse practitioner on patient care in a Canadian emergency department. **Canadian Journal of Emergency Medical Care**, Canada, v.11, n.3, p.207-14, 2009.

TANABE, P. *et al.* Emergency Severity Index (version 3) 5-Level Triage System Scores Predict ED Resource. **Journal of Emergency Nursing**, v. 30, n. 1, p. 22-9, feb. 2004.

TERRIS, J. *et al.* Making an IMPACT on emergency department flow: improving patient processing assisted by consultant at triage. **Emergency Medicine Journal**, v. 21, n. 5, p. 537-41 sep. 2004.

TONI, G. M. P. The clinical practice of Emergency Department Triage: Application of the Australasian Triage Scale-An extended literature review Part

I: Evolution of the ATS. **Australasian Emergency Nursing Journal**, Australia, v. 9, n. 4, p. 155-162, dece. 2006.

TURATO, R. E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p. 507-14, 2005.

TRAVERS. J, P.; LEE. F, C. Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department: is there a role for the senior emergency physician in triage? **Emergency Medicine Journal**, v. 13, n. 6, p. 342-8, dec. 2006.

ULBRICH, E, M. *et al.* Protocolo de Enfermagem em Atendimento Emergencial: Subsídios para o Acolhimento às Vítimas. **Enfermagem em Foco**, v. 15, n. 2, p. 286-92, Abr/Jun; 2010.

WARREN, D.; JARVIS, A.; LEBLANC, L. Canadian paediatric triage and acuity scale: implementation guidelines for emergency departments. **Canadian Journal of Emergency Medical Care**, v. 3, n. 4, p. s1-27, 2001.

WORSTER, A. *et al.* Assessment of inter-observer reliability of two five-level triage and acuity scales: a randomized controlled trial. **Canadian Journal of Emergency Medical**, v. 6, n. 4, p. 240-245, feb. 2004.

ZANELATTO, D. M.; DAL PAI, D. Práticas de acolhimento no serviço se emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 358-365, abr/jun. 2010.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista**Roteiro de entrevista:****CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MANCHESTER: opinião dos enfermeiros do serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

Pesquisadora: *Marcia Luciane da Silva Bhon* Orientadora: *Maria Alice Dias da Silva Lima*

* Aprovado pelo CEP do HCPA sob n°

- 1- Qual é a sua opinião sobre a utilização do Protocolo de Classificação de Risco Manchester, como um instrumento de trabalho do enfermeiro?
- 2- Na sua opinião, o Protocolo de Classificação de Risco Manchester é um instrumento seguro, confiável, adequado? Por quê?
- 3- Quais são as dificuldades e facilidades que você encontra ao utilizar o Protocolo de Classificação de Risco Manchester?
- 4- Você observou alguma mudança no atendimento aos usuários após a implantação Protocolo de Classificação de Risco Manchester? Qual?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Classificação de risco Manchester: opinião dos enfermeiros do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Pesquisadoras: Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima e Marcia Luciane da Silva Bohn

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa, cujo objetivo é conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a utilização do protocolo de classificação de risco Manchester como um instrumento de trabalho.

Esta pesquisa contribuirá para um melhor entendimento da utilização do protocolo de classificação de risco Manchester como um instrumento de trabalho dos enfermeiros no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações são garantidos. Como pesquisadoras, somos responsáveis pela proteção das informações e pela manutenção de todos os dados referentes ao projeto.

Sua participação na pesquisa consistirá em responder a uma entrevista, com duração aproximada de 20 minutos, com questões referentes à opinião dos enfermeiros sobre a utilização do protocolo de classificação de risco Manchester. A entrevista será realizada no ambiente de trabalho, será gravada e transcrita na íntegra. Por meio da assinatura deste documento, você autoriza a sua participação neste estudo. Serão assinadas duas vias deste termo de consentimento, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora. As informações coletadas servirão para compor o relatório da pesquisa e serão divulgadas em trabalhos científicos. Em nenhum momento seu nome será citado nos resultados apresentados. Sua participação é voluntária, sem custo financeiro e lhe será garantido o direito de desistir em qualquer momento. Sua desistência não irá acarretar qualquer prejuízo ou alteração em sua condição profissional no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Sua participação ao responder à entrevista não oferece riscos, mas pode causar algum desconforto por ter que prestar informações durante seu horário de trabalho.

As pesquisadoras estão disponíveis para esclarecer as suas dúvidas. Os telefones para contato são: Marcia Luciane da Silva Bohn: (51) 91830460; Prof^a Maria Alice (pesquisadora responsável): (51) 9678-2818, Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Rua São Manoel, 963, sala 208, bairro Rio Branco, Porto Alegre. Dúvidas também podem ser esclarecidas com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA: (51) 3359-7640.

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

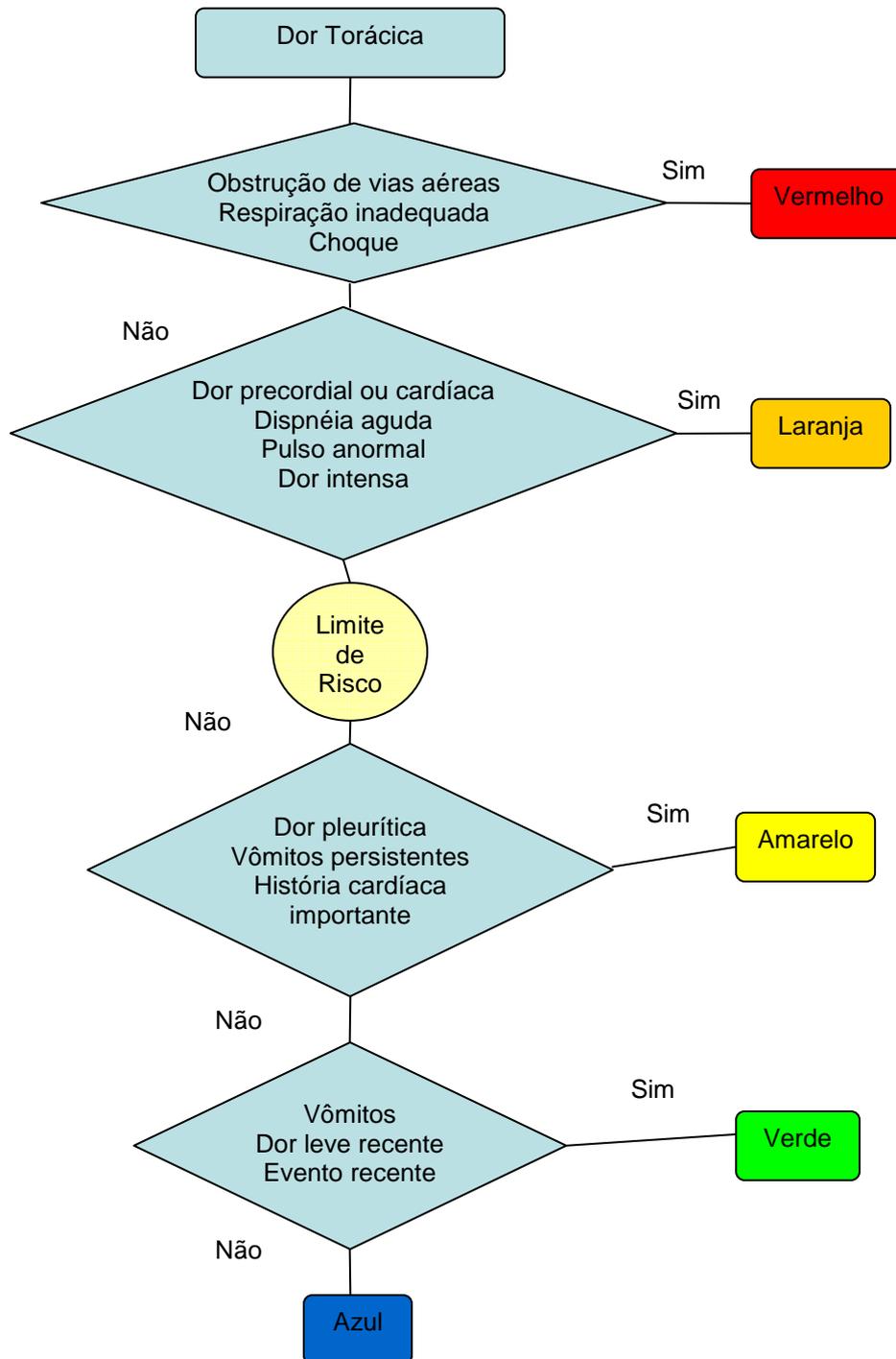
Nome do enfermeiro: _____

Assinatura do enfermeiro: _____ Data: __/__/2012

ANEXO A - Escala de Triagem Manchester ¹

Número	Nome	Cor	Tempo máximo (min.)
1	Emergência	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240

¹ Quadro adaptado do Sistema Manchester de Classificação de Risco (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

ANEXO B - Exemplo de Fluxograma do Sistema Manchester²

² Figura extraída do Sistema Manchester de Classificação de Risco (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

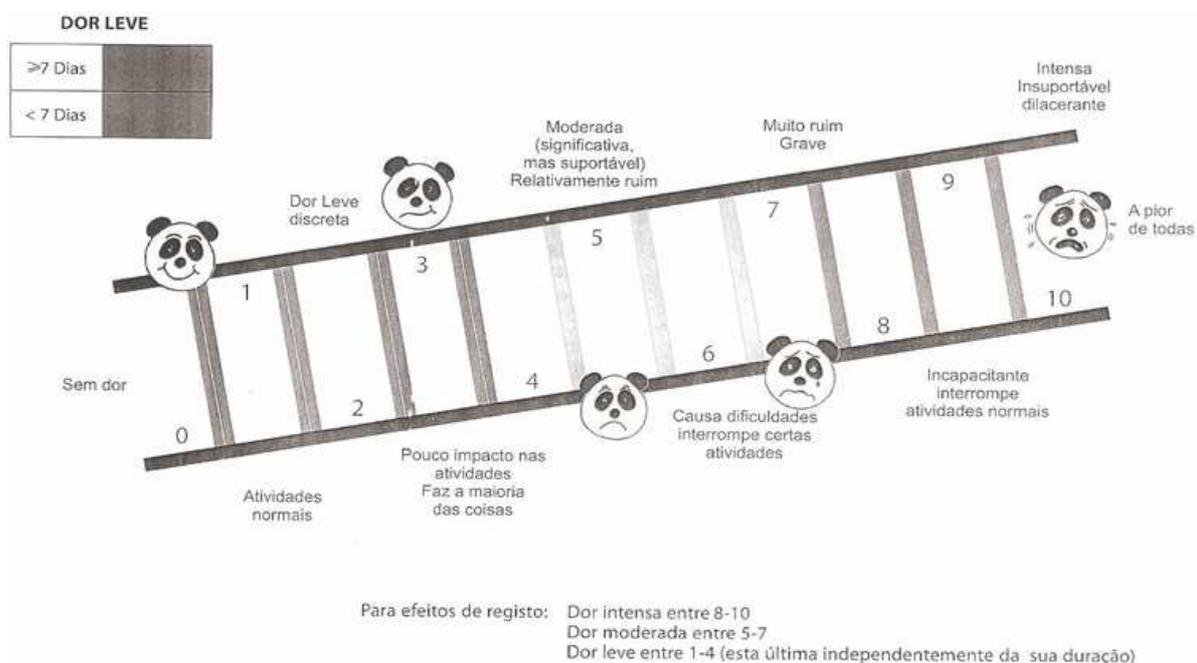
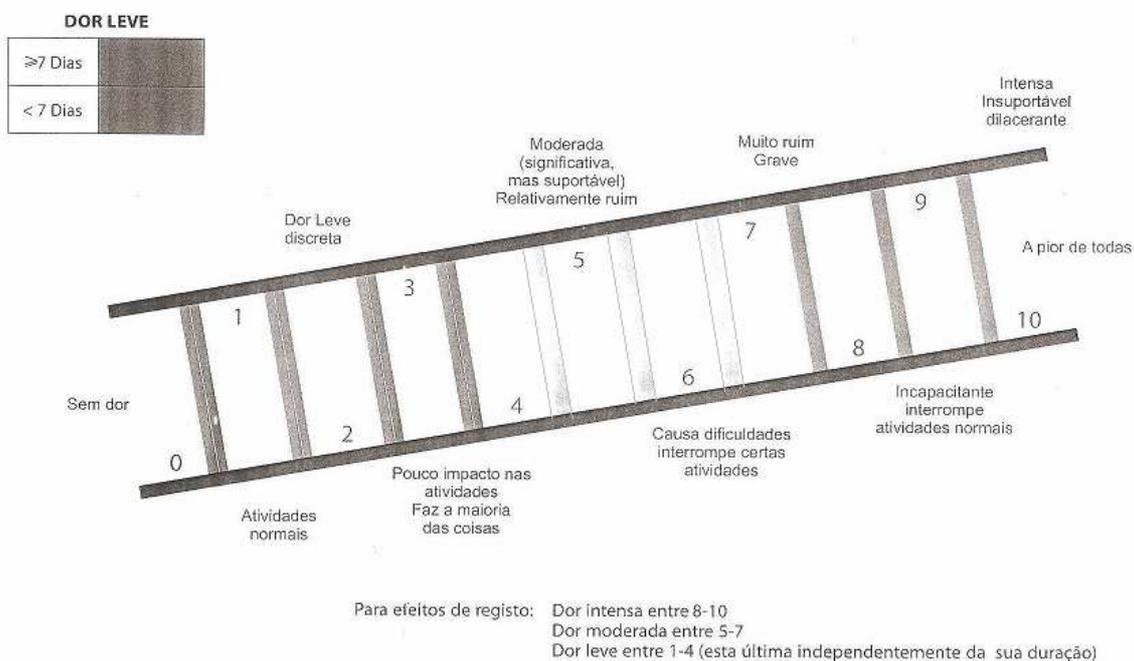
ANEXO C - Índice de fluxogramas do protocolo Manchester³

1. Agressão
2. Alergia
3. Alteração do comportamento
4. Asma, história de
5. Autoagressão
6. Bebê chorando
7. Cefaléia
8. Convulsões
9. Corpo estranho
10. Criança irritadiça
11. Criança mancando
12. Desmaio no adulto
13. Diabetes, história de
14. Diarréia e/ou vômitos
15. Dispnéia em adulto
16. Dispnéia em criança
17. Doença mental
18. Doença sexualmente transmissível
19. Dor abdominal em adulto
20. Dor abdominal em criança
21. Dor cervical
22. Dor de garganta
23. Dor lombar
24. Dor testicular
25. Dor torácica
26. Embriaguez aparente
27. Erupção cutânea
28. Exposição a agentes químicos
29. Feridas
30. Gravidez
31. Hemorragia digestiva
32. Infecções locais e abscessos
33. Mal estar em adulto
34. Mal estar em criança
35. Mordeduras e picadas
36. Overdose e envenenamento
37. Pais preocupados
38. Palpitações
39. Problemas dentários
40. Problemas em extremidades
41. Problemas em face
42. Problema em olhos
43. Problema em ouvidos

³ Índice extraído do Sistema Manchester de Classificação de Risco (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

- 44. Problemas urinários
- 45. Quedas
- 46. Queimaduras
- 47. Sangramento vaginal
- 48. Trauma cranioencefálico
- 49. Trauma maior
- 50. Trauma toracoabdominal
- 51. Situação de múltiplas vítimas – avaliação primária
- 52. Situação de múltiplas vítimas – avaliação secundária

ANEXO D - Triagem de Prioridades Manchester (Régua de Dor Adulto e Pediátrica)⁴



⁴ Quadro adaptado do Sistema Manchester de Classificação de Risco (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

ANEXO E - Carta de aprovação da Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Pro-Reitoria de Pesquisa PROFESQ

PROJETO DE PESQUISA

Título: Classificação de Risco Manchester: opinião dos enfermeiros do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Área Temática:

Pesquisador: Maria Alice Dias da Silva Lima

Versão: 1

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

CAAE: 05796412.5.0000.5317

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 80457

Data da Relatoria: 09/05/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem UFRGS. Estudo qualitativo tem como contexto a Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre HCPA. Os participantes serão constituídos por 25 enfermeiros, a coleta de informações será por meio de entrevistas semi-estruturadas e utilizará análise de conteúdo para a interpretação, as questões estão contempladas. O referido projeto apresenta aprovação do CEP do HCPA.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a opinião dos enfermeiros que atuam no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sobre o Protocolo de Classificação de Risco Manchester como um instrumento de trabalho

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão descritos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está estruturado, os procedimentos metodológicos estão adequados aos propósitos do estudo e de acordo com os princípios éticos em pesquisa com seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

O projeto apresenta aprovação do CEP do HCPA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Jose Arthur Dias