

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE MANCHESTER EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

RISK RATING: DEPLOYMENT SYSTEM MANCHESTER IN AN EMERGENCY CARE UNIT

Richelly **SOARES**¹, Tania Maria **ASCARI**^{2*}, Rosana Amora **ASCARI**³

¹Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Especialista em Urgência e Emergência, Enfermeira Assistencial da Secretaria de Saúde de Maravilha e do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

²Enfermeira e Psicóloga, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado Humano e Processo Saúde-Adoecimento – UDESC.

³Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Professora Assistente da UDESC, Membro do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho – GESTRA.

* Rua Veneza, 29, Bairro Presidente Médice, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89801-120. tania.ascari@udesc.br

Recebido em 25/03/2013. Aceito para publicação em 05/05/2013

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi o de estudar a efetividade do protocolo de Manchester após sua implantação no Pronto Socorro de um hospital de médio porte da região Oeste do Estado de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem quantitativa em 1704 fichas de atendimentos realizados no período de maio a julho de 2011. Observou-se predomínio no atendimento ao sexo feminino, com idade entre 25 a 40 anos, maior fluxo de atendimento entre as 13 e 19 horas, sendo o relato de dor a principal queixa referida. Com relação à classificação de risco e tempo médio de atendimento, segundo o método Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, predominou a cor verde da tarjeta, classificada como pouco urgente e atendida dentro do tempo preconizado. Este estudo evidenciou a efetividade do protocolo de Manchester no processo de trabalho da equipe assistencial do pronto atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Triage, Protocolos, Emergências, Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this research was to study the effectiveness of the Manchester protocol after their deployment at the Emergency Room of a medium-sized hospital of the Western region of Santa Catarina State. This is a documentary research with a quantitative approach performed in 1704 medical records between the months of May to July, 2011. There was a predominance in serving the women, aged 25 to 40 years, increased flow of service from 13 to 19 hours with pain as the most frequent complaint. Regarding the classification of risk and aver-

age service time, according to the method of Brazilian Group Risk Rating, was predominant the green color of the stripe, classified as not urgent and care in the recommended time. This study showed the effectiveness of the Manchester protocol on the working process of the care team responsiveness.

KEYWORDS: Sorting, Protocols, Emergencies, Nursing.

1. INTRODUÇÃO

Por questões históricas e também por encontrar dificuldades para o acesso ao sistema público de saúde, a população procura o serviço de urgência como porta de entrada para resolução de seus problemas. Estes serviços são frequentemente criticados pela população e seus trabalhadores sentem-se desmotivados e pressionados para realizar os atendimentos em maior quantidade e com maior rapidez.

Muitos estudiosos do processo de organização em saúde, com formação e olhares diversos¹, vêm pesquisando e apontando a necessidade da mudança do paradigma assistencial vigente como saída mais provável e eficaz para os problemas citados.

Atualmente, no Brasil, tem sido debatida a necessidade de melhorar a estrutura organizacional, o atendimento humanizado e a satisfação do usuário, assim como de promover estímulos para a equipe que atua no serviço de emergência. Neste sentido, os parâmetros satisfação do usuário, humanização e acolhimento têm sido bastante enfatizados nas discussões.

Ao analisar os atendimentos das emergências e urgências como importantes portas de entrada do usuário no sistema de saúde, o Ministério da Saúde definiu políticas destinadas a estes serviços. Estas políticas são descritas e definidas, como na Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e a Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003 que aprova a Política Nacional de Atenção às Urgências².

Nessa lógica, a classificação de risco tem sido proposta como estratégia capaz de sistematizar a priorização do atendimento de acordo com as condições clínicas dos usuários de serviços de urgência², sendo entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes nos serviços de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado àqueles que se encontram em situações de sofrimento.

Dentre os protocolos de classificação de risco já existentes, destaca-se o Sistema de Triagem de Manchester³, que estabelece prioridade no atendimento em função da maior ou menor gravidade da situação clínica em serviço de urgência, melhorando: a qualidade na classificação de risco; organizando o fluxo; garantindo atendimento e acesso compatível com as respectivas necessidades de cada usuário, além de aperfeiçoar e sistematizar o atendimento³.

Com a implantação da classificação de risco nas emergências, os resultados esperados são a diminuição do risco de mortes evitáveis, a priorização de critérios clínicos e a garantia de acesso e encaminhamento dos usuários a outros serviços de referências, quando da real necessidade⁴.

Diante do exposto, buscou-se conhecer a efetividade do protocolo de Manchester num hospital regional de médio porte da região Oeste do Estado de Santa Catarina, com objetivos de avaliar a adesão ao protocolo de classificação de risco no pronto socorro hospitalar; após sua implantação, identificar a demanda atendida e a aplicabilidade do protocolo pelos profissionais do serviço de urgência.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental e exploratória, com abordagem quantitativa, realizado no setor de classificação de risco de um hospital filantrópico com abrangência regional, na região Oeste catarinense.

No ano de 2011, o hospital cujos prontuários foram analisados, organizou em parceria com as secretarias municipais de saúde dos municípios credenciados ao mesmo, uma capacitação para os enfermeiros coordenadores, médicos e gestores, sobre o processo de trabalho de classificação de risco, para a implantação do Sistema Manchester que foi realizado pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Após a capacitação, o sistema de

triagem iniciou a classificação dos atendimentos no pronto socorro do hospital a partir do dia 01 de maio de 2011.

O objetivo da triagem nas emergências é o de diminuir o risco de mortes evitáveis, priorizar de acordo com critérios clínicos, o encaminhamento responsável do usuário a outro serviço quando houver necessidade, reduzir o tempo de espera, a detecção de casos que se agravarão se o atendimento for postergado, a melhora da assistência nas emergências, a redução da ansiedade e aumentar a satisfação de profissionais e usuários⁵.

Para a coleta de dados que aconteceu de maio à julho de 2011, utilizou-se todas as fichas de atendimentos da unidade de urgência e emergência do Sistema Manchester de Classificação de Risco, totalizando 1704 atendimentos neste período.

Após coleta, os dados foram compilados e digitados em planilha Microsoft Excel[®] contendo todos os dados da ficha de atendimento para posterior análise.

Dentre as fichas de atendimento utilizadas para coleta dos dados foram excluídas as fichas classificadas como branco, ou seja, as que não foram encaminhadas para atendimento médico, que são: curativos, administração de medicação ambulatorial, internação particular e problemas administrativos, que totalizou 52 fichas em maio, 83 em junho e 39 em julho, totalizando 174 atendimentos ambulatoriais não classificados para avaliação médica.

A cor branca é para todos os pacientes como eventos ou situações/queixas não compatíveis com o serviço de urgência como, por exemplo, pacientes admitidos para procedimentos eletivos ou programados, retornos e atestados, entre outros⁶. Nesse caso deve-se registrar a cor branca e o motivo de tal classificação.

O estudo foi desenvolvido respeitando-se os aspectos éticos e legais assegurados pela Resolução 196/96 e 251/2007 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

3. RESULTADOS

Foram analisadas 1704 fichas de pessoas atendidas entre maio e julho de 2011, após a implantação do Sistema de Classificação de Risco de Manchester, em que a média diária variou entre 15 e 20 atendimentos/ dia.

Dos pacientes classificados no pronto socorro, (52,8%) era do sexo feminino e (47,2%) do sexo masculino. A faixa etária de maior prevalência foi entre 25 e 40 anos.

Houve predomínio de busca pelo atendimento entre às 13 e 19 horas (40,1%), seguida pelo horário noturno (19 às 01 da manhã). Em 8% das fichas, esta informação não foi preenchida pelo classificador.

Durante o período de estudo, 42 dos 50 fluxogramas foram utilizados durante a classificação de risco, sendo os de maior ocorrência: Mal Estar em Adulto; Problemas

em Extremidades; Mal Estar em Criança; Dor Abdominal em Adulto e Feridas.

No entanto, o serviço de urgência atendeu casos de urgências e casos caracterizados como não-urgência.

Segundo a o Sistema de Classificação de Risco de Manchester, a dor representa a principal queixa dos pacientes. As duas principais queixas de dor (cefaléia e dor abdominal) correspondem a 31,5% do total das queixas apresentadas, seguidas de indisposição no adulto (14,0%), dor torácica (10,8%) e problema nos membros (7,8%).

A escolha de um fluxograma de apresentação leva a seleção de um determinado número de discriminadores gerais e específicos que são usados frente a cada paciente, que é positivo ou que não se pode negar no mais alto nível de prioridade. Este passo leva a atribuição de uma das prioridades ilustradas na Figura 1.

Número	Nome	Cor	Tempo Alvo
1	Emergência	Vermelha	0
2	Muito Urgente	Laranja	10 min
3	Urgente	Amarela	1hora
4	Pouco Urgente	Verde	2horas
5	Não Urgente	Azul	4horas

Figura 1. Relação entre a classificação, a cor da tarjeta e tempo médio de espera. **Fonte:** Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010).

A Figura 2 demonstra que nos meses de maio e junho houve o predomínio dos atendimentos classificados como pouco urgente, ou seja, cor verde com 40,4%. Já no mês de julho, predominou a classificação urgente - amarelo com 39,6%.

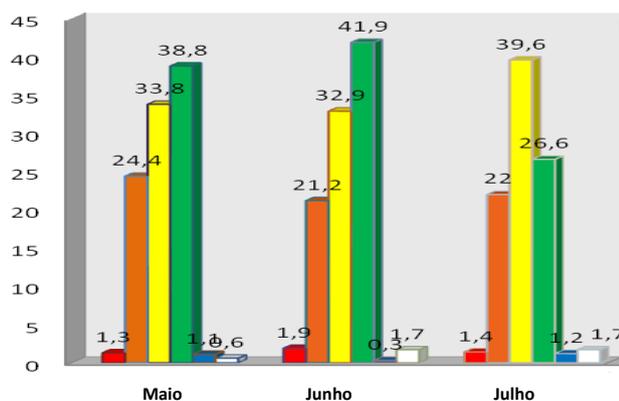


Figura 2. Classificação dos pacientes de acordo com a prioridade e cor da tarjeta, segundo o Sistema de Classificação de Risco de Manchester. **Fonte:** Souza *et al.*, 2011.

Pelo sistema de Classificação de Risco de Manchester, faz-se necessário a identificação do horário de classificação e o horário de atendimento médico³, para identificar se o tempo determinado pelo protocolo de acordo com a prioridade identificada foi respeitado pelo profis-

sional. Porém, em apenas 38% da amostra esta informação estava preenchida corretamente.

Dos pacientes classificados com a tarjeta de cor vermelha, ou seja, emergência que deveriam ter atendimento imediato, 37,5% (n=3) foram atendidos imediatamente. Pela classificação muito urgente, cor laranja que deveria ter o atendimento em até 10 minutos, 24,6% (n=33) foram atendidos no tempo preconizado. A classificação urgente, com tarjeta de cor amarela para atendimento em 1 hora, 74,4% (n=198) foi atendida no tempo determinado pelo protocolo. Os pouco urgentes, cor verde, com atendimento previsto para até 2 horas, 84,3%, (n=204) receberam atendimento seguindo os critérios de tempo da classificação.

Porém, os não-urgentes, cor azul, todos foram atendidos em menor tempo que o esperado.

4. DISCUSSÃO

A possibilidade de utilização do acolhimento enquanto estratégia de ampliação do acesso e humanização das relações começa a ser discutida de forma mais intensa a partir da publicação da Portaria GM 2.048/02, que regulamenta o funcionamento de serviços de urgência/ emergência e preconiza como ferramenta de gestão da urgência, a implantação do acolhimento junto com a classificação de risco⁷⁻⁸.

Pesquisas apontam⁹⁻¹⁰ que a busca por serviços de pronto socorro é maior na população feminina. Neste contexto, é importante dar voz aos homens para melhor compreender as questões envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde, além da necessidade de avançar nesta discussão¹¹.

A faixa etária prevalente no presente estudo (25 a 40 anos) é consonante com outros estudos que apontam que a busca por atendimento nos serviços de saúde se concentra em jovens e adultos⁹.

Já o predomínio de busca pelo atendimento nos horários observados poderia ter relação com o fato das unidades básicas de saúde fechar às 17 horas.

Com relação ao método de classificação de risco, a delimitação neste protocolo foi criada para permitir ao profissional da classificação de risco a atribuição rápida de uma prioridade clínica ao paciente que chega ao serviço de urgência. O Sistema de Classificação de Risco de Manchester seleciona primeiro os doentes com maior prioridade clínica e não tem a pretensão de realizar diagnóstico.

A prática clínica gira em torno do conceito da queixa de apresentação, ou queixa inicial, o principal sinal ou sintoma que motiva o paciente a procurar o serviço de urgência. O protocolo de Manchester conta com 50 fluxogramas e mais dois especiais para situações de múltiplas vítimas. Muitos pacientes poderão ser colocados nas respectivas categorias através dos discriminadores gerais

e específicos mais comuns. Em nosso estudo, a dor foi a queixa prevalente, reproduzindo os resultados de outros estudos que evidenciaram que a dor é a principal queixa no serviço de urgência⁸⁻⁹.

O processo de classificação de risco é simples, o paciente é classificado conforme a prioridade e são atendidos a partir dessa ordem de prioridade, conjugada com o tempo de espera.

Vale lembrar que além da prioridade clínica, há variáveis questões sobre a natureza de cada um dos pacientes que afetam o seu tratamento, tais como: a idade (crianças e idosos), deficiência física, abusivo-agressivos, sob influência do álcool, e outros, que pode ser vantajoso existir uma política diferenciada de atendimento⁶.

No presente estudo o predomínio de atendimentos com classificação verde (maio-junho) ou urgente - amarelo (julho) evidenciam que nossos resultados estão de acordo com outros estudos, onde cerca de 83% dos atendimentos em unidade de urgência são classificados nas cores laranja, amarelo e verde⁹, diferenciando-se apenas na cor laranja com os resultados desta pesquisa.

Os serviços de urgência e emergência constituem importante componente da assistência à saúde no Brasil¹¹. Nos últimos anos, houve crescimento da demanda por atendimentos de urgência e emergência devidos principalmente ao aumento no número de acidentes e à violência urbana.

A realidade da superlotação dos prontos socorros brasileiros é agravada por problemas organizacionais como o atendimento por ordem de chegada, sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode acarretar graves prejuízos aos pacientes e aos órgãos financiadores. Nos últimos dez anos, a saúde tornou-se o foco da atenção política e conseqüentemente da gestão. Em particular, a assistência aos pacientes com condições menos urgentes por representar números mais expressivos neste contexto.

Ressalta-se que os sistemas com poucos recursos tratam em primeiro lugar, corretamente, os doentes com prioridade clínica mais elevada, atrasando a terapêutica aos doentes no outro extremo da escala de prioridade. Neste sentido, a adoção de protocolos é capaz de priorizar atendimentos, diminuindo o tempo de espera e o risco de agravos.

O presente estudo evidenciou a fragilidade do serviço em questão, que mesmo adotando um sistema de classificação de risco, ainda precisa investir na atuação das equipes de saúde frente os registros inerentes ao atendimento e na priorização do atendimento conforme o sistema de cores para não ultrapassar o tempo estimado ao primeiro atendimento em cada tipo de prioridade. Percebe-se que é expressivo o número de atendimentos em serviços de urgência classificados como pouco urgentes.

Contudo, sente-se a necessidade de novos investimentos como a ampliação do horário de atendimento na

atenção básica, estratégias de ensino em serviço, visando reduzir o tempo decorrente entre a identificação de prioridade e o atendimento efetivo, além do correto preenchimento dos formulários de classificação de risco.

Observou-se a necessidade dos profissionais de enfermagem aprimorarem o preenchimento das fichas, respeitando as etapas dos fluxogramas. Porém, crê-se que ainda haja algumas lacunas no preenchimento pela inabilidade dos profissionais que atuam no pronto atendimento, ou ainda, pelo pouco tempo de implantação do protocolo de Manchester.

O enfermeiro que atua na triagem é um protagonista no acolhimento com classificação de risco de Manchester. Diante desta realidade, é imprescindível que este profissional reflita sobre o desafio de utilizar esta ferramenta gerencial e esteja capaz de aprimorar, beneficiar e garantir a eficácia e resolutividade, para uma assistência dinâmica e habilidosa.

É preciso pensar que o processo de triagem com classificação de risco se consolida como uma reorganização do trabalho coletivo e se torne um processo de inovação e mudança para acolher o usuário.

O desafio está em adquirir competência profissional capaz de envolver conhecimento interdisciplinar e a habilidade técnica para transformar informação em recurso estratégico, com intuito de ampliar o campo de atuação e adaptar-se ao novo paradigma que o mercado de trabalho impõe.

REFERÊNCIAS

- [1] SANTOS JUNIOR EA, *et al.* Acolhimento com classificação de risco. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte. 2005. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodasUpasdeBH.pdf>>. Acesso em: 16 jul 2012.
- [2] BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Geral de Urgência e Emergência. Política nacional de atenção às urgências. 3.ed. Série E – Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf>. Acesso em: 05 Jun 2012.
- [3] GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Sistema Manchester de Classificação de Risco. Classificação de risco na urgência e emergência. 1. ed. Brasil, 2010.
- [4] ULHÔA ML, *et al.* A implantação de nova tecnologia: implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto atendimento de um hospital público de urgência e emergência. Rev Gestão Organizacional, v.3, n.1. Jan/jun. Disponível em: <<http://apps.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/651>>. Acesso em: 11 jul 2012.
- [5] SHIROMA MB, PIRES DE. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. Classificação de risco em emergência. Rev Enferm em Foco 2011; 2(1):14-17. Disponível em:

- <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/67>>. Acesso em: 06 jun 2012.
- [6] JONES KM, MARSDEN J, WINDLE J. Sistema Manchester de classificação de risco. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Editora: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 1. ed. 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidades>. Acesso em: 31 jul 2012.
- [7] BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.048, de 5 de novembro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 13 jun 2012.
- [8] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica ampliada.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf)>. Acesso em: 12 jun 2012.
- [9] SOUZA CC. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos. 2009. (Dissertação de Mestrado – UFMG), Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-83FKCZ/cristiane_chaves_de_souza.pdf?sequence=1>. Acesso em: 03 jun 2012.
- [10] SOUZA CC *et al.* Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. Rev Latino-Am Enferm, v. 19, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf>. Acesso em: 03 jun 2012.
- [11] GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAÚJO FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, mar 2007. 23(3):565-74. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 12 jul 2012.

