UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARÍLIA LELÉ RINALDI

**Análise da conformidade dos atendimentos segundo
Protocolo de Manchester em um Serviço de Urgência e
Emergência**

RIBEIRÃO PRETO
2019

MARÍLIA LELE RINALDI

Análise da conformidade dos atendimentos segundo Protocolo de Manchester em um Serviço de Urgência e Emergência

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e inovação no cuidado em enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Laus

RIBEIRÃO PRETO
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rinaldi, Marília Lelé

Análise da conformidade dos atendimentos segundo Protocolo de Manchester em um Serviço de Urgência e Emergência. Ribeirão Preto, 2019.

122 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Laus

1. Triagem. 2. Enfermagem. 3. Serviços Médicos de Emergência .
4. Protocolos. 5. Evolução Clínica.

RINALDI, Marília Lelé

Análise da conformidade dos atendimentos segundo Protocolo de Manchester em um Serviço de Urgência e Emergência

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu companheiro, Conrado. Era olhando em seus olhos que eu conseguia forças quando eu achava que não as possuía mais; foi pensando em nós que eu acreditei que tudo um dia melhoraria, foi o seu abraço que fez dos momentos difíceis os mais calmos para serem superados e é ao seu lado que vivo os dias mais felizes da vida. Sonhar ao seu lado se torna mais fácil e compensador.

À minha filha, Maria Eduarda, meu anjo da guarda (estrela que ilumina meus dias). É você quem me faz ter certeza de que nossas escolhas não estão acima da vontade de Deus. Você é a fortaleza que me faz amanhecer todos os dias e superar cada obstáculo; em qualquer momento que ousam dizer que eu não sou capaz é você quem me dá forças e me conduz à vitória. Minha eterna menina, você é a luz que guia meus caminhos!

AGRADECIMENTOS

A Deus por mais um dia de vida, pela Sua misericórdia, por me dar a certeza de que cada degrau dessa vida me faz chegar mais próximo da vitória, por me fazer ter fé e acreditar que o momento certo é Ele quem escolhe para nós.

A minha família, por compreender os momentos de ausência nessa trajetória e apoiar todos os meus sonhos.

Aos meus pais, que sempre estiveram presentes e são o suporte da minha vida.

A minha orientadora, Ana Maria Laus, por toda a competência e sabedoria, por acreditar em mim, por toda a compreensão, todas as palavras de carinho e pelo apoio nos momentos difíceis durante essa caminhada, que me auxiliaram a crescer pessoal e profissionalmente.

À enfermeira Ivonete, que concedeu a autorização inicial para que a pesquisa fosse realizada.

Ao Bruno Merino, pela disponibilidade, ajuda e paciência, pela prontidão em todos os momentos de que necessitei. Bruno, você é um dos responsáveis por esta pesquisa acontecer.

À equipe do núcleo interno de regulação, pela disponibilidade em conceder os dados iniciais para esta pesquisa.

Ao André e toda a equipe do departamento de ensino, pelo apoio e pela disponibilidade no momento da coleta de dados.

Aos colegas do mestrado profissional, pelas palavras de encorajamento e pelos sorrisos de incentivo. A alegria contagiante de vocês me deu forças para continuar.

Aos professores do mestrado profissional, por todo o conhecimento compartilhado e pela compreensão pelo nosso desejo em aliar nosso conhecimento científico com nossa carreira profissional.

Às colegas do grupo de pesquisa, pelo apoio e compromisso em realizarmos o melhor trabalho.

Aos colegas de trabalho, pela compreensão e ajuda quando precisei ausentar-me nessa trajetória.

*“Você pode ir tão longe quanto sua mente permitir. Lembre-se: você tem o poder de alcançar
tudo o que verdadeiramente deseja.”*

Mary Kay Ash

RESUMO

RINALDI, M. L. **Análise da conformidade dos atendimentos segundo Protocolo de Manchester em um serviço de urgência e emergência**, 2019. 122 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de Paulo. Ribeirão Preto, 2019.

Os serviços de urgência e emergência são um importante componente da assistência à saúde, mas a superlotação é o retrato do desequilíbrio entre a oferta e a procura. A avaliação do acolhimento com classificação de risco se apresenta como uma ferramenta que busca melhorar a qualidade e a segurança aos usuários e profissionais de saúde desse serviço, sendo recomendado o uso de protocolos preestabelecidos e validados para realizar a classificação de pacientes confere segurança tanto ao paciente quanto ao profissional de saúde. Na prática diária do enfermeiro que atua no setor de urgência e emergência, muitos são os momentos, durante a classificação de risco, em que o tempo não se faz suficiente para reconhecer a real demanda do cliente, seja decorrente do volume de pacientes e tipologia dos mesmos, seja pela dificuldade do protocolo de não permitir a identificação do fluxograma mais adequado. Esse estudo teve como objetivo identificar a conformidade dos atendimentos de pacientes classificados como urgentes pelo Protocolo de Manchester e o desfecho clínico. Estudo descritivo retrospectivo, quantitativo realizado no Serviço de urgência e emergência de um hospital geral, de grande porte e referência regional para atendimento de urgência e emergência, de uma cidade no interior de São Paulo. Os dados foram coletados de prontuários eletrônicos, no mês de junho/2017, e os atendimentos realizados aos pacientes classificados na cor amarela (urgentes) totalizaram 1.822 (42,7%), dos quais 954 atenderam ao critério de inclusão para o estudo. Dos prontuários analisados, 507 eram do sexo feminino e 69% (658) dos pacientes tinham menos de 60 anos de idade, com mediana de idade de 46 anos. O período de maior procura por atendimento correspondeu ao período diurno (das 7 às 19 horas), equivalente a 66,2% (632) dos atendimentos. O tempo mediano de espera entre a retirada da senha e o início da classificação de risco foi de 11 minutos; já o tempo mediano referente à duração da classificação de risco foi de 3 minutos; a mediana para o atendimento médico após a saída da classificação de risco foi de 5 minutos e o tempo mediano para finalização do desfecho médico foi de 142 minutos. Na análise dos desfechos, observou-se que 91% (868) dos pacientes desse grupo receberam alta após atendimento médico. A queixa mais prevalente foi de “problemas em extremidades” e o discriminador foi “dor moderada”. A mediana de pacientes classificados por hora entre os enfermeiros foi de 13 pacientes, como sugerido pelo Protocolo de Manchester, e a concordância entre a classificação do paciente urgente feita pelo enfermeiro do serviço de urgência e emergência e pelo pesquisador foi de 84% (802). Este estudo identificou que os tempos de atendimentos para o grupo de pacientes classificados como urgentes foram considerados de acordo com a recomendação do protocolo. Um dos maiores desafios nos serviços de urgência e emergência refere-se a uma qualificação do processo de trabalho, de modo a

garantir melhoria do cuidado prestado, redução dos tempos de espera para atendimentos e satisfação dos pacientes.

Descritores: Triagem, Enfermagem, Serviços médicos de emergência, Protocolos, Evolução clínica

ABSTRACT

RINALDI, M. L. **Conformity analysis of care according to the Manchester Protocol in an emergency and emergency service**, 2019. 122 p. Dissertation (Masters) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Ribeirão Preto, 2019.

Emergency and emergency services are an important component of health care, but overcrowding is the picture of the imbalance between supply and demand. The evaluation of the reception with risk classification is presented as a tool that seeks to improve the quality and safety of the users of this service. The use of pre-established and validated protocols to perform the classification of patients confers safety to both the patient and the health professional. In the daily practice of nurses working in the emergency and emergency sector, there are many moments during the risk classification where time is not enough to recognize the actual demand of the client, due to the volume of patients and the typology of the patients or because of the protocol's difficulty in not allowing the identification of the most adequate flowchart. The aim of this study was to identify the conformity of the care of patients classified as urgent by the Manchester Protocol and the clinical outcome. A descriptive, retrospective, quantitative study performed in the emergency and emergency department of a large general hospital and a regional reference for urgent and emergency care of a city in the interior of São Paulo. Data were collected from electronic medical records in June 2017, and the visits to patients classified as yellow (urgent) totaled 1,822 (42.7%), of which 954 met the inclusion criteria for the study. Of the records analyzed, 507 were female and 69% (658) of the patients were less than 60 years old, with a median age of 46 years. The period of greatest demand for care corresponded to the daytime period (from 7 am to 7 pm), equivalent to 66.2% (632) of the visits. The median waiting time between the withdrawal of the password and the start of the risk classification was 11 minutes; the median time for the duration of the risk classification was 3 minutes; the median for medical care after leaving the risk classification was 5 minutes and the median time for completion of the medical outcome was 142 minutes. In the analysis of the outcomes, it was observed that 91% (868) of patients in this group were discharged after medical care. The most prevalent complaint was "extremity problems" and the discriminator was "moderate pain". The median hourly rate among nurses was 13 patients, as suggested by the Manchester Protocol, and the concordance between the classification of the urgent patient by the emergency and emergency nurse and the researcher was 84% (802). This study identified that the times of care for the group of patients classified as urgent were considered according to the recommendation of the protocol. One of the greatest challenges in emergency and emergency services is a qualification of the work process, in order to guarantee improved care, reduction of waiting times for care and patient satisfaction.

Keywords: Screening, Nursing, Emergency medical services, Protocols, Clinical evolution

RESUMEN

RINALDI, M. L. **Análisis de conformidad de los atención según Protocolo de Manchester en un servicio de urgencia y emergencia**, 2019. 122 f. Dissertação (Maestría) – Escola de Enfermeria de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2019.

Los servicios de urgencia y emergencia son importantes componentes de la asistencia a la salud; pero, la superpoblación es el retrato del desequilibrio entre la oferta y la demanda. La evaluación del acogimiento con clasificación de riesgo, se presenta como una herramienta que busca mejorar la calidad y la seguridad de los usuarios de ese servicio. El uso de protocolos, preestablecidos y validados para realizar la clasificación de pacientes, confiere seguridad tanto al paciente como al profesional de la salud. En la práctica diaria del enfermero, que actúa en el sector de urgencia y emergencia, son muchos los momentos durante la clasificación de riesgo en que el tiempo no es suficiente para reconocer la real demanda del cliente, sean provenientes del volumen de pacientes y tipología de los mismos o por la dificultad del protocolo de no permitir la identificación más adecuada del diagrama de flujo. Ese estudio tuvo como objetivo identificar la conformidad de los atención de pacientes clasificados como urgentes por el protocolo de Manchester y el resultado clínico de la atención. Es un estudio descriptivo, retrospectivo y cuantitativo realizado en el Servicio de Urgencia y Emergencia de un hospital general, de gran porte y referencia regional para la atención de urgencia y emergencia, en una ciudad en el interior de estado de Sao Paulo. Los datos fueron recogidos de fichas médicas electrónicas, en el mes de junio de 2017; las atenciones realizadas a pacientes clasificados con el color amarillo (urgent) totalizaron 1.822 (42,7%), de los cuales 954 atendieron al criterio de inclusión para el estudio. Entre las fichas médicas analizadas, 507 eran del sexo femenino y 69% (658) de los pacientes tenían menos de 60 años de edad, con mediana de edad de 46 años. El período de mayor demanda por atención correspondió al período diurno (de las 7 a las 19 horas), equivalente a 66,2% (632) de las atenciones. El tiempo mediano de espera entre la retirada de la seña y el inicio de la clasificación de riesgo fue de 11 minutos; por otro lado, el tiempo mediano referente a la duración de la clasificación de riesgo fue de 3 minutos; la mediana para la atención médica, después de la salida de la clasificación de riesgo, fue de 5 minutos; el tiempo mediano para finalización del resultado médico fue de 142 minutos. En el análisis de los resultados, se observó que 91% (868) de los pacientes de ese grupo recibieron alta después de la atención médica. La queja más prevalente fue de “problemas en las extremidades” y el discriminador fue “dolor moderado”. La mediana de pacientes clasificados por hora por los enfermeros fue de 13 pacientes, como sugerido por el protocolo de Manchester; la concordancia entre la clasificación del paciente urgente hecha por el enfermero del servicio de urgencia y la de emergencia por el investigador fue de 84% (802). Con esa orientación, este estudio identificó que los tiempos de atenciones, para el grupo de pacientes clasificados como urgentes, fueron considerados de acuerdo con la recomendación del protocolo. Uno de los mayores

desafíos en los servicios de urgencia y emergencia se refiere a la calificación del proceso de trabajo, de modo a garantizar la mejoría del cuidado prestado, a reducir los tiempos de espera para ser atendido y a satisfacer a los pacientes.

Palabras claves: clasificación, enfermería, servicios médicos de emergencia, protocolos, evolución clínica.

LISTA DE FIGURA

Figura 1	Fluxograma de atendimento no serviço de urgência e emergência. São Paulo, junho/2017.....	49
----------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Diretrizes para implementação do sistema de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências: como implementar o Sistema de Manchester de classificação de risco em uma instituição de saúde. Belo Horizonte, 2010.....	31
Quadro 2	Fluxograma de apresentação, sinais e sintomas. Belo horizonte, 2010.....	32
Quadro 3	Distribuição das queixas mais prevalentes dos pacientes classificados como amarelos, segundo idade. São Paulo, junho/2017.....	65
Quadro 4	Tempos dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nos diferentes estudos.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos pacientes amarelos da unidade de urgência e emergência, segundo sexo e idade. São Paulo, junho/2017.....	57
Tabela 2	Proporção dos pacientes amarelos da unidade de urgência e emergência, de acordo com sexo e período de atendimento. São Paulo, junho/2017.....	60
Tabela 3	Distribuição das queixas apresentadas pelos pacientes na classificação de risco, segundo idade. São Paulo, junho/2017.....	62
Tabela 4	Tempos de espera, em minutos, das diferentes etapas dos atendimentos dos pacientes classificados como urgentes, segundo período de atendimento. São Paulo, junho/2017...	69
Tabela 5	Tempo de atendimento, em minutos, dos pacientes classificados como urgentes a partir da retirada da senha até o início da classificação de risco. São Paulo, junho/2017.....	73
Tabela 6	Duração da classificação de risco, em minutos, dos pacientes classificados como urgentes. São Paulo, junho/2017.....	75
Tabela 7	Tempo de espera, em minutos, para o atendimento médico, a partir da saída da classificação de risco dos pacientes classificados como urgentes. São Paulo, junho/2017.....	76
Tabela 8	Tempo, em horas, do início do atendimento médico à finalização do desfecho dos pacientes classificados como urgentes. São Paulo, junho/2017.....	78
Tabela 9	Mediana dos tempos dos atendimentos, em minutos, dos pacientes classificados como urgentes, segundo a idade. São Paulo, junho/ 2017.....	79
Tabela 10	Proporção de pacientes de acordo com idade e desfecho clínico. São Paulo, junho/2017.....	83
Tabela 11	Quantitativo de pacientes classificados por hora, de acordo com cada enfermeiro durante a jornada de trabalho diurna. São Paulo, junho/2017.....	86
Tabela 12	Quantitativo de pacientes classificados por hora, de acordo com cada enfermeiro durante a jornada de trabalho noturna. São Paulo, junho/2017.....	86

Tabela 13	Quantitativo de pacientes classificados por hora, de acordo com cada enfermeiro folguista durante a jornada de trabalho diurna. São Paulo, junho/2017.....	87
Tabela 14	Quantitativo de pacientes classificados por hora, de acordo com cada enfermeiro coberturista durante a jornada de trabalho diurna. São Paulo, junho/2017.....	87
Tabela 15	Quantitativo de pacientes classificados por hora, nos períodos diurno e noturno. São Paulo, junho/2017.....	88

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos atendimentos da classificação de risco, segundo a cor, no serviço de urgência e emergência. São Paulo, junho/2017.....	55
Gráfico 2	Distribuição das queixas mais prevalentes dos pacientes classificados como amarelos. São Paulo, junho/2017.....	64
Gráfico 3	Tempo de espera, em minutos, de cada paciente, enumerado de 1 a 28, classificado como pouco urgente até a reclassificação em urgente. São Paulo, junho/2017.....	72
Gráfico 4	Proporções de altas, internações e encaminhamentos dos pacientes classificados como urgentes. São Paulo, junho/2017.....	81
Gráfico 5	Distribuição dos locais de internação dos pacientes classificados como urgentes, de acordo com a especialidade. São Paulo, junho/2017.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
APH	Atendimento pré-hospitalar
ATS	<i>Australasian Triage Scale</i>
CTAS	<i>Canadian Triage and Acuity Scale</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
DP	Desvio padrão
ESI	<i>Emergency Severity Index</i>
GBCR	Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
GTM	Grupo de Triagem de Manchester
MTS	<i>Manchester Triage System</i>
MAT	<i>Model Andorrà del Trialge</i>
PSF	Programa de Saúde da Família
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTC	Unidade de Tratamento Coronário
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	18
1.1	Breve contextualização sobre sistema público de saúde no Brasil.....	19
1.2	Serviços de urgência e emergência no Brasil.....	20
1.3	Avaliação e classificação de risco nas unidades de emergência: breve contexto.....	22
1.4	Utilização do Protocolo de Manchester na classificação de risco...	28
2	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	37
3.	OBJETIVOS.....	41
3.1	Objetivo Geral.....	42
3.2	Objetivos Específicos.....	42
4.	METODOLOGIA.....	43
4.1	Tipo de estudo.....	44
4.2	Local de estudo.....	44
4.3	População e amostra do estudo.....	50
4.4	Procedimento de coleta.....	50
4.5	Análise dos dados.....	51
4.6	Aspectos éticos.....	52
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
5.1	Caracterização dos pacientes e dos atendimentos segundo classificação de risco	54
5.2	Caracterização do fluxograma e discriminador identificado pelo enfermeiro na classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester.....	61
5.3	Identificação do percentual de conformidade dos tempos preconizados de atendimentos segundo o Protocolo de Manchester.....	68
5.4	Identificação do desfecho clínico dos atendimentos dos pacientes amarelos (alta, internação/setor ou ambulatório)	80
5.5	Identificação do volume de pacientes atendidos no serviço de urgência segundo quantitativo classificado por enfermeiro	84
5.6	Avaliação da concordância da classificação dos pacientes urgentes realizada pelo enfermeiro do serviço e pelo pesquisador	90
6.	LIMITAÇÕES.....	94
7.	CONCLUSÃO.....	96
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
	REFERÊNCIAS.....	102
	APÊNDICE.....	109
	ANEXOS.....	111

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breve Contextualização sobre Sistema Público de Saúde no Brasil

O cenário da saúde brasileira passou por consideráveis mudanças nas últimas décadas, a partir do processo desencadeado pela Reforma Sanitária. Busca-se uma organização em todos os níveis de atenção à saúde, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, seguida da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), na década de 1990.

Um aspecto importante a ser considerado para a definição das políticas de saúde refere-se às mudanças na transição epidemiológica, evidenciada pelas transformações demográficas, sociais e econômicas, tais como queda da fecundidade, redução da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida, com subsequente “envelhecimento populacional”, acarretando mudanças no perfil e demanda da população atendida nos serviços de saúde (TOLEDO, 2009). Além disso, a modificação do perfil epidemiológico da morbimortalidade notabilizada pelo predomínio das doenças cardiovasculares e o crescimento expressivo das causas externas, definidas por acidentes e violência urbana, principalmente nas áreas metropolitanas, culminam com novas demandas em setores de pronto atendimento (PINTO, 2015).

A operacionalização do SUS corresponde a um dos seus maiores desafios. As ações de saúde, caracterizadas pelos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, estão estruturadas no sistema de saúde por meio de uma rede que interliga esses três níveis de atenção. No final da década de 1990, o estímulo à organização de redes integradas de atenção à saúde nos sistemas municipais e estaduais de saúde, como forma de garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população, adquire maior relevância e culmina com a publicação da Portaria GM nº 4.279, de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

Na década de 1920, tiveram origem as Redes de Atenção à Saúde, mais especificamente no Reino Unido, como resultado de uma proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde. Em nível internacional e nacional, tem-se estabelecido um consenso gradativo de que a organização dos sistemas de saúde, sob a forma de redes integradas, é a melhor estratégia para garantir atenção integral à população, com a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e

solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2012).

Numa conjuntura em que é célere que se estabeleçam novos processos organizativos, efetivos e eficientes de gestão e atenção à saúde, frente às reais necessidades de saúde da população, as redes de atenção surgiram como uma possibilidade não só para reestruturação dos serviços, mas também dos processos de saúde. Sob essa lógica, a implementação dessa proposta está alicerçada na implantação de redes temáticas definidas segundo as prioridades das agendas de saúde federal, estadual e municipal.

Entretanto, apesar das tentativas de organização do atendimento em saúde por meio dessa estratégia, as redes deveriam estar interligadas. Isso tem demonstrado que as mesmas estão em processo de construção, com o intuito de garantir o atendimento de forma resolutiva. Consequentemente, nota-se o aumento das demandas nas unidades de pronto atendimento, o que gera superlotação (GUEDES et al., 2015).

Os serviços de urgência e emergência são um importante componente da assistência à saúde, mas a superlotação é o retrato do desequilíbrio entre a oferta e a procura. Dentro dessa lógica organizativa, a Rede de Atenção à Urgência e Emergência, considerada prioritária pelo Ministério da Saúde, foi implantada com o objetivo de articular e integrar o acesso humanizado e integral aos usuários em situações de urgência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Apesar dessa tentativa de descentralização dos atendimentos emergenciais, observa-se um colapso frente ao desejo da população para que haja rapidez e resolutividade para o problema de saúde de cada um, impulsionando um volume de trabalho cada vez mais crescente para esses serviços (BRASIL, 2012; DINIZ et al., 2014; TANCCINI, 2014).

1.2 Serviços de Urgência e Emergência no Brasil

O aumento constante na demanda por serviços de saúde que atuam no âmbito da urgência e emergência tem sido identificado como um acontecimento global, determinando uma alta pressão sobre a estrutura dos serviços e dos profissionais (SANTOS FILHO, 2013).

A assistência às urgências se dá nos serviços abertos nas 24 horas do dia,

que acabam por funcionar como “porta de entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes em situação de emergência, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Outro aspecto a ser considerado diz respeito à atração exercida por esses serviços junto aos pacientes quanto à atenção imediata, medicalização e realização de exames mais sofisticados que aqueles disponíveis na atenção básica. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência, superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população (BRASIL, 2002).

As urgências são confrontadas diariamente com um grande número de doentes, que apresentam uma vasta gama de problemas. A sobrecarga de trabalho nos serviços é inconstante e depende sempre do número de doentes que neles buscam socorro e do estado que apresentam. Isso determina uma desorganização dos serviços de urgência, e a falta de critério no atendimento o que gera sobrecarga do trabalho e assistência não qualificada, implicando em prejuízos financeiros ao sistema de saúde (CAVALCANTE et al., 2012).

Uma questão que se apresenta de modo a agravar esse panorama e que pode ser constatada nos estudos sobre essas unidades refere-se ao perfil dos pacientes que buscam tal atendimento. Oliva et al. (2010) avaliaram as principais queixas de um pronto-socorro de um município do interior paulista e concluíram que eram compostas de sintomatologia característica de processos terapêuticos de atenção básica, considerados não urgentes. Furtado e colaboradores (2011) identificaram que os pacientes atendidos numa unidade de emergência na região Nordeste brasileira, em sua grande maioria (74,5%), estavam inadequados. Souza et al. (2012) encontraram, num pronto-socorro de um hospital municipal de Minas Gerais, a maioria dos pacientes (55,6%) classificada como de urgência menor ou não urgência, que poderia ser atendida numa unidade de saúde para pacientes de menor complexidade. Machado et al. (2015), em um estudo numa unidade de pronto atendimento no interior de Minas Gerais, utilizaram um Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares e verificaram que mais de 50% dos atendimentos realizados foram classificados como inadequados. Os autores ainda apontam que dados da literatura relatam que os pacientes que procuram espontaneamente os serviços de urgência têm 30% mais chance de ter uma utilização inadequada do serviço.

Tanccini (2014) descreveu, em uma revisão de literatura acerca dos fatores que contribuíram para a superlotação dos serviços de emergência, que o aumento do

tempo de permanência nessas unidades é o principal marcador da superlotação, indicando, ainda, resultados desfavoráveis no tratamento de determinadas patologias, relacionados ao atraso no atendimento médico.

Um desafio imposto a essas unidades, portanto, frente à demanda por atendimento maior que a capacidade dos serviços, refere-se aos longos períodos de espera e de permanência, fortemente correlacionados à satisfação do paciente (GONÇALES et al., 2015).

Estudos apontam que o tempo de atendimento é um fator determinante do desfecho obtido nesses serviços, uma vez que o tratamento inicial rápido e eficaz aumenta a chance de sobrevivência de pacientes considerados graves. Ainda é limitado o conhecimento quanto a medidas para melhorar o fluxo de pacientes nas emergências e há poucas investigações que evidenciam o desempenho do sistema, particularmente no tocante à superlotação. Nesse contexto, a triagem torna-se uma etapa essencial para uma gestão eficaz de organização e avaliação de demanda (SANTOS FILHO, 2013).

Mendes (2017) menciona alguns autores que descrevem uma terminologia mundialmente empregada de triagem como um sistema de gestão de risco clínico em uso nos serviços de emergência, utilizado para gerir o fluxo de pacientes com segurança, em situações em que a necessidade clínica é priorizada na segurança do atendimento.

O objetivo da triagem na emergência deve ser de estimar a gravidade da doença dos pacientes e estabelecer prioridades de tratamento, adequando o tempo de espera dos pacientes de acordo com a condição clínica de cada um, reduzindo o impacto negativo sobre o prognóstico de um atraso prolongado antes do tratamento (FARROHKNIA et al., 2011).

É absolutamente essencial que exista um sistema de classificação de risco implementado para assegurar que estes doentes sejam observados por ordem de necessidade clínica, e não por ordem de chegada (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

1.3 Avaliação e Classificação de Risco nas Unidades de Emergência: breve contexto

A palavra triagem tem origem da palavra francesa *trier*, que significa

escolha, seleção, classificação.

O conceito formal de triagem de pacientes foi introduzido nos Departamentos de Emergência dos Estados Unidos no final da década de 1950, quando ocorreu um aumento significativo no número de pacientes que procuravam estes serviços. Entretanto, observou-se que muitos pacientes não apresentavam condições de saúde que necessitassem de atendimento urgente, tornando essencial a aplicação dos princípios de triagem para o estabelecimento de prioridades e a manutenção da ordem (SILVA, 2010).

No Brasil, reiterando a afirmativa quanto ao impacto da mudança do perfil de morbimortalidade da população nas últimas décadas, incluindo os casos decorrentes de trauma e violência, nos atendimentos de urgência e emergência, verifica-se que esses passam a representar uma parcela importante da porta de entrada ao sistema de saúde, determinando uma distorção na utilização do sistema.

O Ministério da Saúde, diante do diagnóstico das urgências e emergências, reconheceu a insuficiente estruturação da rede assistencial disponibilizada para atendimento da população, que gerou a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência, e a necessidade de ordenar o atendimento, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves. Assim, lançou, em 2002, a Portaria nº 2.048, que instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e estabeleceu os princípios e diretrizes desses sistemas, bem como as normas e os critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, os planos estaduais de atendimento às urgências e emergências, a regulação médica, atendimento pré-hospitalar (APH) e transporte inter-hospitalar (BRASIL, 2002).

Em 2003, a Portaria nº 1.863 instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, na qual se destacava a necessidade de descentralização da atenção realizada exclusivamente pelos tradicionais prontos-socorros, e implantou as Centrais de Regulação Médica das Urgências e a Portaria nº 1.864 que instituiu os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência. Essa portaria também dispõe sobre a criação dos Núcleos de Educação em Urgências, com o objetivo de capacitação permanente dos trabalhadores da área e adequação das grades curriculares mínimas das instituições formadoras (BRASIL, 2003a, 2003b).

As unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências,

também conhecidas como Unidades de Pronto Atendimento (UPA), são incluídas como parte do componente pré-hospitalar fixo, devendo funcionar 24 horas e ter capacidade de prestar assistência aos casos de média complexidade.

Essa Política Nacional foi reestruturada em 2006, trazendo o componente hospitalar como eixo principal da atenção às urgências e emergências, tendo como objetivo o atendimento dos casos mais graves e a resolubilidade dos casos com menor urgência, reforçando a necessidade de utilização do processo de triagem e classificação de risco.

Em 2011, a Portaria 1.600 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Segundo o Capítulo I:

“Art. 3º Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências:
§ 1º A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.
§ 2º A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional.
§ 3º O acolhimento com classificação de risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção” (BRASIL, 2011, p. 4).

Nesse processo dinâmico de reorganização, a diretriz de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) foi implantada em 2004 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar o atendimento dos serviços de saúde, sendo um dos instrumentos-chave para a modificação do processo de atenção aos usuários, por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, enquanto uma ação da Política Nacional de Humanização (PNH) e do QualiSUS (BELLUCCI JUNIOR et al., 2015).

Nessa direção, em 2009, o Ministério da Saúde, diante da farta experiência de adoção do acolhimento, heterogênea como o próprio Sistema Único de Saúde (SUS), publicou documento intitulado “Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência”, enquanto um dispositivo técnico-assistencial do processo de atendimento desses serviços. (BRASIL, 2009).

Para Cavalcante et al. (2012), trata-se de uma estratégia de gestão dos serviços de urgência e emergência, um processo dinâmico que consiste em identificar risco/vulnerabilidade do usuário, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e

sociais do adoecer, e, desta forma, orientar, priorizar e decidir os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário.

Essa iniciativa prioriza o atendimento de acordo com a gravidade do caso, e não mais por ordem de chegada, identificando a vulnerabilidade do usuário, pois deve propiciar o atendimento imediato daqueles com grau de risco elevado, buscando o aumento da satisfação, a diminuição do congestionamento e a organização do fluxo de atendimento (BRASIL, 2009).

Em 2013, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Hospitalar, vem reforçar que as portas hospitalares de urgência e emergência deverão implementar o acolhimento e o protocolo de classificação de risco em suas unidades (BRASIL, 2013).

Para organização dos espaços e seus usos, tal publicação do Ministério da Saúde, “Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência”, sugere uma composição espacial nos serviços de saúde, realizada em dois eixos – vermelho e azul –, e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes. Cada um desses eixos possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do paciente e os processos de trabalho que nele se estabelecem.

O **eixo vermelho**, composto por paciente grave, com risco de morte, agrupa três áreas principais: **Área vermelha**, na qual está a sala de emergência, para atendimento imediato dos pacientes com risco de morte, e a sala de procedimentos especiais invasivos; **Área amarela**, composta por uma sala de retaguarda para pacientes já estabilizados, porém que ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semicríticos), e **Área verde**, composta pelas salas de observação, que devem ser divididas por sexo (feminino e masculino) e idade (crianças e adultos), a depender da demanda.

O **eixo azul** compreende pacientes aparentemente não-graves, mas que necessitam do ou procuram o atendimento de urgência, e inclui espaços para acolhimento, espera, recepção, classificação de risco, atendimento administrativo, área de atendimento médico (consultórios), área de procedimentos médicos e de enfermagem (sala de sutura, curativo, nebulização) (BRASIL, 2009).

Cabe destacar que o Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco do Ministério da Saúde difere dos protocolos internacionais, uma vez que a classificação se baseia em quatro prioridades de atendimento, e não cinco (BRASIL, 2004).

O ACCR, enquanto uma ação técnica assistencial, proporciona uma mudança na relação entre usuário e profissional e consiste na sistematização de um processo de classificação de risco, com ênfase nas ações de acolhimento do paciente e acompanhante pela equipe de saúde (BRASIL, 2004).

No Brasil, o termo avaliação e classificação de risco, aliado ao acolhimento, tem sido definido como primeiro passo da avaliação, enquanto, internacionalmente, o termo utilizado é a triagem. O processo de triagem classificatória deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos preestabelecidos, tendo por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. A esta triagem classificatória é vedada a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico (BRASIL, 2002).

Este método não propõe estabelecer um diagnóstico médico, mas, sim, assegurar que a atenção médica ocorra de acordo com a gravidade clínica do usuário, e não por ordem de chegada ao serviço, o que possibilita maior resolutividade da demanda apresentada.

A atribuição de um grau de risco ao paciente consiste em um complexo processo de tomada de decisão e muitas escalas de classificação têm sido desenvolvidas para guiar a avaliação (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

A utilização de protocolos na classificação de risco permite que os profissionais possam seguir os mesmos parâmetros na classificação dos pacientes segundo a sua gravidade, diminuindo a possibilidade de subjetividade nesse atendimento (SOUZA; ANDRADE, 2014).

Santos Filho (2013) comenta que a discussão da utilização de escalas de triagem em unidades de atenção à saúde é relativamente recente, sendo os sistemas de triagem elaborados com base em três elementos: o número de categorias da escala, a terminologia das categorias e os processos utilizados para atribuir os pacientes para cada categoria. Para esse autor, o maior impedimento para o avanço na utilização das escalas de estratificação de risco no futuro é a falta de um sistema de triagem sensível e específico, que se concentre no rápido atendimento dos pacientes. Porém a triagem é apenas uma das essências para a melhoria da assistência nas unidades de urgência e emergência no futuro.

Os sistemas de triagem são baseados no consenso de especialistas, com utilização de sistemas que tragam simplicidade para permitir a avaliação do paciente

rapidamente, sendo aplicáveis para uma ampla população, com variabilidade nos sinais e sintomas no contexto dos cuidados de emergência, e seu objetivo deve ser concebido para alocar uma prioridade clínica. A triagem estruturada assume a designação de classificação de risco, tendo por finalidade identificar os usuários que necessitam de assistência imediata, dando-lhes o destino adequado e, conseqüentemente, organizando o atendimento (BOHN, 2013; MENDES, 2017).

Coutinho et al. (2012) e Cordeiro Júnior, Torres e Rausch (2014) apresentam como resultado de uma revisão da literatura os principais protocolos de classificação de risco no cenário nacional e internacional. Os modelos de triagem têm grande variação, havendo modelos que utilizam de dois a cinco níveis de gravidade, sendo esses os mais aceitos na atualidade. São cinco os modelos de classificação de risco mais avançados e que passaram a ter uma concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços:

- Modelo Australiano (*Australasian Triage Scale – ATS*) – Desenvolvido em meados dos anos 1970, utilizava uma escala de cinco prioridades baseada em tempo-alvo e cor. Modificado nos anos 1990, compreende cinco categorias de urgência, em que cada uma corresponde a uma série de descritores clínicos, que vão desde sintomas a parâmetros clínicos e comportamentais. Usa tempos de espera de acordo com gravidade.
- Modelo Canadense (*Canadian Triage and Acuity Scale – CTAS*) – Muito semelhante ao modelo australiano, é muito mais complexo e está em uso em grande parte do sistema canadense. O mecanismo de entrada é uma situação predefinida.
- Modelo Americano (*Emergency Severity Index – ESI*) – Apresenta cinco níveis de prioridades, definidas com base em um único fluxograma, com avaliação dos recursos necessários para a adequada assistência. Não há determinação quanto ao tempo para atendimento. Cada instituição determina sua norma interna. Não é usado em todo o país.
- Modelo de Andorra (*Model Andorrà del Triage – MAT*) – Baseia-se em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado (tempo médio de 8 minutos).
- Modelo de Manchester (*Manchester Triage System – MTS*) – Trabalha com algoritmos e discriminadores-chave, associados a tempos de espera simbolizados por cores. Está sistematizado em vários países da Europa. O mecanismo de

entrada é uma queixa ou situação de apresentação do paciente.

Estes sistemas apresentam algumas semelhanças nos seus princípios, diferenciando-se radicalmente no modelo de entrada da queixa e, em um deles – o modelo americano –, na necessidade de recursos influenciando na decisão final. Cada escala utiliza uma nomenclatura e definição, porém, em todos os sistemas de triagem, há em comum o número de tempo de resposta para o primeiro atendimento médico (CORDEIRO JÚNIOR; TORRES; RAUSCH, 2014).

De forma geral, tem sido recomendada a utilização de escalas/protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente (SOUZA et al., 2011).

Amaral (2017) referenda tal afirmativa ao apontar que as escalas que permitem maior confiabilidade são as ordinais de cinco níveis, por apresentarem maior consonância entre os observadores e permitirem melhor classificação de pacientes, considerando as particularidades de cada serviço de urgência.

1.4 Utilização do Protocolo de Manchester na Classificação de Risco

O Sistema de Triagem de Manchester, foco de nosso estudo, foi criado em 1994 pelo Grupo de Triagem de Manchester (GTM) – *Manchester Triage Group* –, que utilizou a metodologia de tomada de decisão baseada em prioridades clínicas. Numa revisão sistemática de literatura realizada no período de 2000 a 2013, foram selecionados 10 artigos que permitiram confirmar sua confiabilidade, validade e alta sensibilidade na classificação de pacientes críticos, sendo isso um bom preditor da evolução das condições do paciente durante o tempo de espera (SANTOS FILHO, 2013).

O Sistema de Triagem de Manchester está implantado, além do Reino Unido, em quase toda a Europa, predominantemente nos seguintes países: Irlanda, Portugal, Espanha, Itália, Alemanha, Suécia, Holanda, assim como em Hong Kong e no Japão. Em Portugal, foi adotado como política nacional desde 2000, funcionando por intermédio do Grupo Português de Triagem, licenciado pelo *Manchester Triage Group* para tradução em língua portuguesa (COUTINHO et al., 2012).

No Brasil, em 2007, foi realizado, na cidade de Belo Horizonte-MG, o

primeiro curso sobre o Protocolo de Manchester, que teve sua segunda edição traduzida para o português em 2002 pelo Grupo Português de Triagem, que foi responsável pelo oferecimento dessa capacitação.

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, quando das discussões para a organização das redes integradas de atenção às urgências na Secretaria de Saúde de Minas Gerais, foi formado o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), uma associação de direito privado sem fins lucrativos, constituída por médicos e enfermeiros (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Tal iniciativa segue a recomendação internacional de que é essencial a realização de auditorias regulares e rigorosas, com o objetivo de conseguir uma avaliação individual dos elementos envolvidos na triagem de prioridades. A função não está apenas na identificação de falhas e problemas, mas, principalmente, em promover oportunidade de sugestões e soluções, como parte de um processo formativo e dinâmico (AMARAL, 2017).

Este grupo foi constituído para manter, no Brasil, o padrão internacional e garantir que o Sistema de Manchester se mantenha seguro não só para o cidadão, mas também para o profissional de saúde que o utiliza, além de contribuir para seu desenvolvimento nas discussões internacionais. Alguns locais utilizam o Protocolo de Manchester como referência e, segundo o GBCR, neste sistema de classificação o enfermeiro leva, em média, três minutos para fazer uma classificação de risco, o que representa 20 classificações de risco por hora. Levando-se em conta que a capacidade humana é de 80%, isso significa que, por estimativa, o enfermeiro pode fazer 16 classificações de risco por hora. A recomendação é que o usuário espere, no máximo, 10 minutos para ser classificado (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Segundo o GBCR, a necessidade de definição de um padrão de linguagem para a rede de urgência determinou a busca por um sistema que tivesse, no seu modelo, reprodutibilidade, segurança comprovada e experiência de utilização como política de saúde pública, chegando, então, ao Sistema de Classificação de Risco de Manchester.

Uma revisão de literatura, realizada no período de 2000 a 2010, para conhecer as características do Sistema de Triagem de Manchester, sua metodologia, vantagens e desvantagens como preditor de risco para usuários de serviços de pronto

atendimento, identificou vinte estudos. Em geral, os autores avaliaram aspectos como confiabilidade, sensibilidade, validade, acurácia e sub ou superestimação, concluindo que houve consenso nos estudos em pacientes adultos em geral. Os resultados indicaram como vantagens atribuídas ao uso do STM sucesso na utilização em diferentes sistemas de saúde, possibilidade de realização de auditorias e amparo legal aos enfermeiros que o utilizam, representando uma ferramenta simplificada e clara para priorização dos usuários que buscam o serviço de emergência. (ANZILIERO, 2011).

Estudos internacionais e nacionais demonstraram que o Protocolo de Manchester é capaz de prever a admissão hospitalar e a mortalidade do paciente de acordo com a classificação recebida (MENDES, 2017).

Entretanto, uma revisão de literatura sobre validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester feita por Souza et al. (2015) concluiu que a confiabilidade variou entre moderada e quase perfeita, sendo maior interavaliadora, indicando a necessidade de revisão do protocolo de modo a aumentar sua reprodutibilidade.

A escala de triagem do Protocolo de Manchester classifica o paciente em cinco níveis de prioridade: nível 1 (emergente, deve receber atendimento médico imediato); nível 2 (muito urgente, avaliação médica em até 10 minutos); nível 3 (urgente, avaliação médica em até 60 minutos), nível 4 (pouco urgente, avaliação médica em até 120 minutos) e nível 5 (não urgente e que pode aguardar até 240 minutos para atendimento médico), demonstrados no Quadro 1 (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

Portanto, a cada prioridade foram atribuídos um número, uma cor e um nome, sendo que cada uma delas foi definida em consonância com o tempo resposta ideal até a primeira avaliação médica (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Quadro 1 – Diretrizes para implementação do sistema de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências: como implementar o Sistema de Manchester de classificação de risco em uma instituição de saúde. Belo Horizonte, 2010.

	PRIORIDADE	COR	TEMPO DE ESPERA
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco urgente	Verde	120 minutos
5	Não urgente	Azul	240 minutos

Fonte: JONES; MARSDEN; WINDLE. **Sistema de Manchester de classificação de risco:** classificação de risco na urgência e emergência, 2010.

O fluxograma de atendimento possibilita identificar os pontos onde se concentram os problemas e assim um atendimento ágil no serviço de urgência e emergência.

O Protocolo de Triagem de Manchester possui uma lista com 50 fluxogramas de queixas iniciais e 5 prioridades, que foram reunidos, após consenso, por abrangerem a maioria das condições clínicas apresentadas nos serviços de emergência, perfazendo um total de 250 combinações apresentação/prioridade/discriminadores, como apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Fluxograma de apresentação, sinais e sintomas. Belo Horizonte, 2010.

Sinal/Sintoma de apresentação	
Agressão	Embriaguez aparente
Alergia	Erupção cutânea
Alteração de comportamento	Exposição a agentes químicos
Asma, história de	Feridas
Autoagressão	Gravidez
Bebê chorando	Hemorragia digestiva
Cefaleia	Infecções locais e abscessos
Convulsão	Mal-estar em adulto
Corpo estranho	Mal-estar em criança
Criança irritadiça	Mordeduras e picadas
Criança mancando	Overdose e envenenamento
Desmaio no adulto	Pais preocupados
Diabetes, história de	Palpitações
Diarreia e/ou vômitos	Problemas dentários
Dispneia em adulto	Problemas em extremidades
Dispneia em criança	Problemas em face
Doença mental	Problemas em olhos
Doença sexualmente transmissível	Problemas em ouvidos
Dor abdominal em adulto	Problemas urinários
Dor abdominal em criança	Quedas
Dor cervical	Queimaduras
Dor de garganta	Sangramento vaginal
Dor lombar	Trauma cranioencefálico
Dor testicular	Trauma maior
Dor torácica	Trauma toracoabdominal

Fonte: JONES; MARSDEN; WINDLE. **Sistema de Manchester de classificação de risco:** classificação de risco na urgência e emergência, 2010.

A classificação do paciente deverá ocorrer da seguinte forma: a queixa e o sintoma do paciente serão analisados pelo responsável pela classificação de risco e

será escolhido o fluxograma correspondente à queixa. Após esta escolha, deve-se verificar qual o discriminador correspondente à queixa e, por meio dele, serão fornecidos o nível e a cor nos quais este paciente será classificado, correspondendo ao tempo de atendimento e grau de urgência relacionado à queixa do paciente (ANEXO A e ANEXO B).

Os discriminadores são os sinais e sintomas que fazem a diferenciação entre as prioridades possíveis, estabelecendo a ordem de atendimento de acordo com a gravidade. São considerados gerais aqueles aplicados a todos os pacientes e, assim, independem de condições clínicas; já os específicos são aplicados individualmente e de forma exclusiva, relacionados às características da condição clínica apresentada pelo paciente. O autor alerta que a classificação de risco é um processo dinâmico e pode ser necessária uma reavaliação da prioridade clínica durante o tempo de espera do paciente pelo atendimento médico, independentemente do grau de risco preestabelecido pela utilização do fluxograma (SANTOS FILHO, 2013).

Os discriminadores gerais estão presentes de forma repetida em vários fluxogramas; já os específicos se aplicam a situações pontuais. Cada um dos fluxogramas de apresentação e dos discriminadores possui notas explicativas que auxiliam na compreensão e na alocação dos pacientes em uma prioridade clínica adequada à gravidade do caso (ANZILIERO, 2011).

O atendimento ao ACCR é geralmente realizado pelo enfermeiro, que avalia e classifica a gravidade dos pacientes e orienta o fluxo de prioridades. Tal atividade, relativamente nova na atuação profissional no Brasil, está respaldada pelo Conselho Federal de Enfermagem, que a normatizou no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem, por meio da Resolução 423/2012. A participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco enquanto o único profissional da equipe de enfermagem que pode atuar nesse processo caracteriza-se como uma atividade privativa e deverá ser respaldada em conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento (COFEN, 2012).

A respeito desse assunto, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo emitiu o Parecer Coren-SP 001/2012, no qual se manifesta favorável à execução, pelo enfermeiro, da atividade de acolhimento com classificação de risco baseada no Sistema de Triagem de Manchester (COREN-SP, 2012).

Frente a essa definição, o Conselho Regional de Enfermagem de Minas

Gerais, local onde se encontra sediado o GBCR, anteriormente citado, enfatiza que o dimensionamento adequado para a equipe de enfermagem na classificação de risco vai depender diretamente da demanda do serviço em questão e uma equipe mínima exclusiva deverá ser composta de um enfermeiro e um técnico de enfermagem (COREN-MG, 2016).

Entretanto, o Parecer nº 03/2014, emitido pelo Conselho Federal de Enfermagem, diante de um questionamento feito àquele órgão quanto ao número de procedimentos e atendimentos a serem realizados pelo enfermeiro que atua nessa atividade, durante um plantão de 12 horas, entendeu e manifestou não ser pertinente o estabelecimento de regras quanto a essa atividade, por não se tratar de assunto de competência do enfermeiro. Justifica, ainda, que há de se garantir que todos os usuários que cheguem ao serviço sejam avaliados e que cabe à instituição e à direção dos serviços o dimensionamento adequado de profissionais e a adoção de protocolos necessários à otimização do trabalho dos enfermeiros (COFEN, 2014).

Há de se compreender, portanto, que a classificação de risco enquanto uma atividade relativamente recente na atuação do enfermeiro no país compreende um desafio, pois demanda uma tomada de decisão que remete à priorização do atendimento.

O enfermeiro tem sido o profissional considerado o mais adequado para executar essa atividade em vários países, especialmente na Inglaterra, Austrália, no Canadá e em Portugal, pois consegue concretizar a proposta da classificação de risco, que não é realizar diagnóstico médico, e sim identificar sinais que permitam atribuir o grau de prioridade clínica no atendimento e o tempo máximo de espera recomendado (COREN-MG, 2011).

A atuação na classificação de risco expande as possibilidades de atuação profissional do enfermeiro, conferindo-lhe a responsabilidade de atuar como importante regulador na porta de entrada de serviços de urgência (SOUZA et al., 2014).

Bohn (2013), em estudo a respeito da opinião dos enfermeiros sobre o Protocolo de Classificação de Risco de Manchester como um instrumento de trabalho, apresentou estudos internacionais que questionaram a maior eficiência do médico ao realizar a classificação comparada à do enfermeiro. As conclusões desses estudos não apresentaram evidências para afirmar que esses profissionais seriam melhores ou mais eficientes na realização da triagem do que os enfermeiros com experiência

em atendimento de emergência.

Nessa direção, algumas pesquisas em serviços de urgência em diferentes países apontam que o enfermeiro vem realizando adequadamente essa atividade. Há um consenso entre os enfermeiros de que a experiência em atendimento de emergência é o fator mais importante para realizar uma adequada classificação de risco, além de capacitação específica para a atividade proposta (SHIROMA e PIRES, 2011; SOUZA, ARAÚJO, CHIANCA, 2015).

Para Souza (2016), tradicionalmente, o processo de triagem configura-se como um elemento intuitivo da prática de enfermeiros de emergência. Entretanto, analisa-se que estudos que avaliem o trabalho do enfermeiro na classificação de risco ainda são incipientes no Brasil, bem como aqueles que medem a formação recebida para utilizar o STM e a habilidade destes na priorização correta dos pacientes.

Embora o Protocolo de Classificação de Risco de Manchester seja visto como um instrumento que padroniza a conduta dos profissionais, na prática clínica tem se observado que uma das possíveis causas da divergência entre a classificação dos enfermeiros é a definição operacional dos discriminadores. Muitos destes são repetidos e não apresentam descrição clara da forma como devem ser avaliados.

Revisão integrativa realizada por Souza, Araújo e Chianca (2015) concluíram sobre a necessidade da realização de novos estudos sobre validade e confiabilidade do STM, de maneira que modificações necessárias para assegurar maior segurança na gestão de risco clínico dos pacientes sejam realizadas.

Diante dessa recomendação, identifica-se que inconsistências dos protocolos utilizados podem determinar tais divergências no processo avaliativo feito pelos enfermeiros, apesar do reconhecimento quanto às competências demonstradas por esse profissional nessa atividade. Outro ponto a ser considerado foi apontado no estudo conduzido por Souza et al. (2014), que buscou conhecer a percepção dos enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento numa cidade de Minas Gerais e identificou que, apesar de o enfermeiro ser considerado o ator principal na classificação de risco, seu trabalho é influenciado por questões estruturais e de gestão complexas, que extrapolam seu poder de governabilidade e resolutividade.

Num contexto de demanda por serviços maior que a oferta e com recursos limitados de atendimento, é possível que a triagem dos pacientes não aconteça de forma mais acurada. Nesse caso, pacientes podem ser triados para níveis acima, denominados *overtriage*, ou para níveis abaixo, *undertriage*. Azeredo e colaboradores,

numa revisão sistemática feita no período de 2000 a 2013, com o objetivo de analisar a eficácia do STM, concluíram que, embora útil aos serviços de urgência, a classificação de pacientes para níveis acima ou abaixo do real ainda ocorre.

Para Souza (2016), a triagem de pacientes acima do nível de prioridade pode levar ao alto uso desnecessário de recursos da unidade, sendo que a superestimação pode acarretar numa sobrecarga de pacientes não urgentes. Uma subestimação, porém, pode ocasionar resultados adversos aos pacientes, com atraso no atendimento.

Nesse contexto, além da questão da precisão da classificação, torna-se relevante considerar a observância dos diferentes tempos estabelecidos nas diferentes etapas do atendimento realizado nos serviços de urgência e emergência. Verifica-se que o STM já descreve tempos esperados, sendo que o somatório do tempo entre a chegada do paciente e o primeiro atendimento médico deve respeitar o previsto no Protocolo, de modo a resguardar a rapidez, uma vez que agilidade é um atributo importante.

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Na área da saúde, a introdução de novas tecnologias, a ampliação da complexidade dos serviços e a crescente exigência dos usuários por atendimento de qualidade têm contribuído para que a avaliação seja foco de interesse de gestores e estudiosos. Ao se pensar em qualidade dos serviços, surge a necessidade de se discutirem estratégias de gestão que possam oferecer suporte às instituições, de modo a atender tanto as necessidades como as expectativas dos usuários. A avaliação, portanto, passa a ser considerada um componente indispensável no processo de planejamento e gestão, uma vez que propicia a identificação de fatores que interferem nesse atendimento (BELLUCCI JUNIOR et al., 2015).

Segundo Vituri e colaboradores (2013), métodos avaliativos são imprescindíveis ao aprimoramento das ações, por viabilizarem a análise das potencialidades e fragilidades de aspectos da estrutura, processos e resultados. Sendo assim, é imperativa a avaliação do acolhimento com classificação de risco quando se pretende a melhoria da qualidade e segurança da atenção aos usuários, bem como das condições de trabalho da equipe atuante nos serviços hospitalares de emergência.

Vários são os desafios a serem superados no atendimento nos serviços de urgência e emergência: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, pacientes na porta de entrada, entre outros. Outrossim, uma classificação de risco adequada de pacientes na porta de entrada, realizada por profissionais capacitados, causa um impacto importante na organização do serviço e pode trazer implicações no atendimento, na segurança e na qualidade da assistência prestada aos pacientes, com redução de eventos evitáveis.

Ademais, a adoção de um acolhimento com um sistema de classificação de risco de pacientes e do registro de avaliações do padrão global de funcionamento constitui-se uma exigência para as instituições de saúde. Essas ações almejam estabelecer medidas de melhoria da qualidade da assistência, bem como uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora, tendo em vista a compreensão da inserção dos serviços de urgência na rede local. Apesar disso, na prática, constata-se que isso não tem sido realidade (BRASIL, 2009).

Outro ponto de destaque no contexto da urgência e emergência é de que utilizar um protocolo preestabelecido e validado para realizar a classificação de pacientes apresenta aspectos positivos, pois confere segurança tanto para o paciente quanto para o profissional de saúde. Porém o fato de o Brasil ser um país de

dimensões continentais e regionalidades singulares, disposto de grandes diferenças econômicas e socioculturais, a utilização de um mesmo protocolo em todas as regiões do país pode-se tornar um ponto negativo, haja visto não ser eficaz, resolutivo e não atender as demandas locais.

Na prática diária do enfermeiro que atua no setor de urgência e emergência, muitos são os momentos, durante a classificação de risco, em que o tempo não se faz suficiente para reconhecer a real demanda do cliente, seja em virtude do volume de pacientes e da tipologia dos mesmos, seja pelo fato de a queixa do paciente não estar contemplada nos fluxogramas do STM ou de o protocolo existente não permitir encontrar o fluxograma mais adequado.

Assim nos despertou interesse verificar, numa instituição de saúde de grande porte e referência regional para atendimento de urgências e emergências, como se comportava o atendimento aos pacientes classificados na cor amarela (urgentes), o que poderia ser considerado um marcador importante para o quadro clínico dos pacientes assim avaliados.

Espera-se que o atendimento tenha sido realizado seguindo critérios clínicos preestabelecidos e em conformidade com a real demanda dos pacientes e, ainda, considerando que a literatura aponta as dificuldades de aceitação por parte da população frente ao seu desconhecimento acerca do STM, faz-se necessário verificar se os tempos de atendimento desses pacientes obedeceram aos prazos estabelecidos pelo protocolo.

Chianca et al. (2016), ao analisarem o tempo de espera para atendimento usando STM em um hospital de urgências clínicas e traumáticas de Belo Horizonte, Minas Gerais, apontaram que, embora estudos indiquem que o STM apresenta resultados satisfatórios em termos de validade e confiabilidade e que o tempo de espera pelo atendimento se apresenta mais bem distribuído entre os níveis de urgência com sua implantação, não se verifica uma redução do tempo para o atendimento. Os autores reforçam que a implantação de um sistema de triagem, por si só, não garante a observância dos tempos adequados, recomendados pelo STM.

Assim, justifica-se a presente investigação, que pretende oferecer subsídios aos gestores e gerentes de enfermagem da instituição investigada quanto ao gerenciamento da unidade, de modo a qualificar a assistência oferecida aos usuários por meio de processos avaliativos que indiquem um direcionamento para a organização do cuidado e gestão do fluxo de atendimento, com impacto na

organização da rede assistencial.

3.1 Objetivo Geral

- Analisar a conformidade dos atendimentos classificados como urgentes tendo em vista o Protocolo de Manchester.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os atendimentos realizados segundo classificação de risco.
- Identificar as variáveis sexo e idade dos pacientes e o período de atendimento.
- Caracterizar o fluxograma e discriminador identificados pelo enfermeiro na classificação de risco.
- Identificar o percentual de conformidade dos tempos preconizados segundo o Protocolo de Manchester: retirada da senha e entrada na classificação de risco, duração da classificação de risco entre a saída da classificação de risco e o início do atendimento médico e entre o início do atendimento médico e a finalização do desfecho clínico.
- Identificar o desfecho clínico dos atendimentos dos pacientes urgentes (alta, internação/setor ou ambulatório).
- Identificar o volume de pacientes atendidos no serviço de urgência segundo quantitativo classificado por enfermeiro.
- Avaliar a concordância da classificação dos pacientes urgentes pelo enfermeiro do serviço e pelo pesquisador.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de abordagem quantitativa, de corte transversal. O método quantitativo visa a uma coleta sistemática de informações numéricas, resultante de mensuração formal que utiliza procedimentos estatísticos para a análise. É utilizado para descrever, testar relações e determinar causas. O caráter descritivo busca analisar um fenômeno de interesse, procurando descrevê-lo, classificá-lo e interpretá-lo observando os aspectos de uma situação (Polit & Hungler, 2004).

4.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado no serviço de urgência e emergência de um hospital geral, com foco na filantropia, que realiza atendimento público, particular e conveniado em uma cidade no interior de São Paulo. Essa é a mais antiga instituição assistencial, beneficente e hospitalar em funcionamento no município. Fundado em 12 de abril de 1891, o hospital se tornou, em mais de um século de atividade, referência em atendimento à saúde para mais cinco cidades, que somam um total de 143.038 habitantes. O município conta com uma população de 243.765 habitantes, perfazendo, portanto, um total de 386.803 habitantes que têm esse hospital como referência para atendimento.

A instituição realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no sistema municipal e regional de saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade em diversas especialidades. Faz parte da rede Hospital Estruturante, instituído pelo governo do estado de São Paulo, que referencia os atendimentos de alta complexidade na região. A classificação indica que este hospital responde por metade dos atendimentos realizados aos pacientes do SUS regionalmente.

No ano de 2016 realizou, aproximadamente, 392.716 atendimentos ao público, um crescimento estimado de 23,8% quando comparado ao ano de 2015 (319.266 atendimentos) (RELATÓRIO INSTITUCIONAL, 2017)¹.

¹RELATÓRIO INSTITUCIONAL, 2017. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E MATERNIDADE DONA FRANCISCA CINTRA SILVA. Apresentação administrativa da Santa Casa, 2017. PDF, São Carlos. Disponível em: www.santacasasaocarlos.com.br/servicos/portalttransparencia Acesso em: nov. 2018

Atualmente, dispõe de trezentos e trinta e quatro leitos em funcionamento, divididos em dez leitos na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI); dez leitos na Unidade de Tratamento Coronário (UCO); cento e vinte leitos na Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, dos quais vinte e dois são leitos particulares e de convênio e vinte e dois estão na enfermaria pediátrica. As Unidades de Tratamento Intensivo Infantil e Neonatal dispõem de treze leitos, sendo seis na neonatal e sete na infantil, além de serviços de hemodiálise e hemodinâmica; ambulatorios; banco de sangue; serviço de atendimento domiciliar; maternidade, com trinta e cinco leitos de alojamento conjunto e nove leitos de retaguarda; centro cirúrgico, que possui onze salas cirúrgicas, sendo uma para uso de cirurgias ambulatoriais, e a unidade de urgência e emergência. Existem ainda três áreas físicas arrendadas para uso pela saúde suplementar, que dispõem de setenta e seis leitos para internação.

O hospital utiliza duas modalidades de contratação de trabalhadores, quais sejam, pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) ou terceirização. A jornada semanal de trabalho, a depender do tipo de vínculo e cargo, é de 40 horas ou 36 horas semanais em regimes de plantão. A contratação de profissionais médicos é feita por uma cooperativa e a prestação de serviço se dá por meio de escala de plantões. Especificamente na unidade de urgência e emergência, a equipe de enfermagem atua em escala de plantões 12/36 horas, período diurno e noturno, das 7 às 19 horas e das 19 às 7 horas, respectivamente.

Em 2016, o quadro de pessoal do hospital era de 1.119 empregados diretos, 2.850 empregados indiretos, 370 médicos do corpo clínico, 105 enfermeiros e 414 auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo a maior parte constituída por técnicos de enfermagem (RELATÓRIO INSTITUCIONAL, 2017)².

A unidade de urgência e emergência funciona 24 horas e realizou, no ano de 2016, 53.138 atendimentos, apresentando um crescimento de 14% em relação ao ano anterior. É composta dos setores de recepção e sala de espera, classificação de risco, ala vermelha, ala amarela, ala de observação e medicação, leitos de retaguarda, consultórios médicos, sala de procedimentos e sutura. O atendimento é porta aberta e referência na região em atendimentos de trauma, cardiologia, neurologia, cirurgia geral, cirurgia ortopédica, entre outros.

²RELATÓRIO INSTITUCIONAL, 2017. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E MATERNIDADE DONA FRANCISCA CINTRA SILVA. Apresentação administrativa da Santa Casa, 2017. PDF, São Carlos. Disponível em: www.santacasasaocarlos.com.br/servicos/portalttransparencia Acesso em: nov. 2018

O serviço de classificação de risco da unidade de urgência e emergência foi implantado em dezembro de 2014. Anteriormente, era utilizado um sistema próprio de triagem, baseado em sinais vitais e queixas do paciente e realizado por enfermeiros. Os pacientes eram triados por ordem de chegada, sendo que, quando era observada alguma alteração nos dados vitais, eram encaminhados para atendimento médico. A partir dessa implantação, passou a adotar protocolos preestabelecidos (RELATÓRIO INSTITUCIONAL, 2017)³.

O acolhimento com classificação de risco é realizado em turnos diurno e noturno, que compreendem o horário das 7 às 19 horas e das 19 às 7 horas, em escala de plantão 12/36h. Em 2017, estavam lotados, nessa unidade, 13 enfermeiros, divididos em dois plantões (dias ímpar e par/mês), em períodos diurno e noturno. Destes, 4 enfermeiros eram fixos no acolhimento com classificação de risco, sendo 2 no período diurno e 2 no período noturno; 6 enfermeiros eram escalados para coberturas de horário de intervalo, quando necessário, e 3 enfermeiros eram contratados como folguistas, rodiziando entre plantões e entre setores dessa unidade.

Em relação ao fluxograma atual do atendimento, está estruturado quanto a etapas e tempos, de acordo com o acolhimento com classificação de risco e utilizando o Protocolo de Manchester. Ao dar entrada no serviço, o paciente retira, na sala de espera, uma senha e aguarda pela chamada do enfermeiro. Este se constitui no ato primário para o atendimento.

Nesta etapa, o paciente aguardará, no máximo, 10 minutos para o acolhimento com o enfermeiro, tempo estimado de acordo com o protocolo adotado. Ao ser atendido, o paciente é orientado sobre o fluxo da unidade e, em seguida, inicia-se a coleta da anamnese, em que são obtidas informações do usuário, fornecidas por ele mesmo, pelo acompanhante, cuidador ou por qualquer profissional da atenção pré-hospitalar, quanto à queixa que o levou até o serviço. Em seguida, para a maioria dos atendimentos, procede-se à verificação dos sinais vitais (frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura e glicemia capilar). A pressão arterial é considerada um sinal vital pelo serviço, sendo de aferição essencial, na maioria dos casos, independentemente do fluxograma.

Esta fase permite a seleção do fluxograma de apresentação pertinente com

³RELATÓRIO INSTITUCIONAL, 2017. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E MATERNIDADE DONA FRANCISCA CINTRA SILVA. Apresentação administrativa da Santa Casa, 2017. PDF, São Carlos. Disponível em: www.santacasasaocarlos.com.br/servicos/portalttransparencia Acesso em: nov. 2018

a queixa do usuário. Uma vez definido, serão identificados os sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica, chamados discriminadores. Durante o período diurno, de segunda a sexta-feira, o enfermeiro responsável pela classificação de risco poderá ser auxiliado por um técnico de enfermagem na aferição dos sinais vitais. Os registros dos pacientes são lançados em um sistema informatizado específico, que permite acesso médico para início do atendimento. Adiante, o médico identifica as classificações realizadas pelo enfermeiro, de acordo com os parâmetros já estabelecidos no protocolo, como cor e horário de chegada, acompanhados da história coletada, e pode priorizar o atendimento dentre os pacientes classificados em uma mesma cor.

O Protocolo de Manchester, adotado na unidade, preconiza cinco cores nos atendimentos: azul (não urgente – atendimento em até 240 minutos), verde (pouco urgente – atendimento em até 120 minutos), amarela (urgente – atendimento em até 60 minutos), laranja (muito urgente – atendimento em até 10 minutos) e vermelha (emergente – atendimento imediato). Nas situações em que se constatarem pacientes que procuram o serviço para um atendimento que difere do propósito do serviço de urgência, ou seja, enquadrados na classificação de pacientes em situações não compatíveis, estes são classificados na cor branca, cujo atendimento poderá ser de mais de 240 minutos.

Em seguida, o paciente poderá retornar à sala de espera para atualização de cadastros necessários e aguardará a assistência ou será encaminhado diretamente para intervenção da equipe. Há situações em que os pacientes em espera são reclassificados pelo enfermeiro, devido ao agravamento do caso.

Os pacientes com risco iminente de morte dão entrada imediatamente ao atendimento na ala vermelha e posteriormente são classificados. Alguns podem ser classificados diretamente na ala vermelha, após iniciados os procedimentos médico e de enfermagem. Com sua estabilização, o paciente poderá ser encaminhado para uma unidade de terapia intensiva, o centro cirúrgico ou a ala amarela, na qual permanecem pacientes críticos e semicríticos, que ainda necessitam de cuidado mais próximo da equipe.

Os pacientes classificados na cor laranja aguardam avaliação médica no interior da unidade de urgência, seguindo para o atendimento de enfermagem, podendo ficar em observação, receber alta hospitalar, ser encaminhados para internação em clínica especializada ou retorno posterior em ambulatório.

Os pacientes classificados na cor amarela, verde ou azul aguardam o atendimento médico e de enfermagem, na maioria dos casos, na sala de espera ou interior da unidade, podendo também ficar apenas em observação ou evoluir para uma internação clínica, alta hospitalar ou retorno ambulatorial.

Já os pacientes classificados na cor branca, que se referem a situações de necessidade de revalidações de receitas, antibioticoterapia intravenosa, reavaliações médicas, procedimentos eletivos, entre outros, após a avaliação dos casos, são encaminhados diretamente para a realização dos procedimentos pela enfermagem ou aguardam consulta médica.

Os pacientes encaminhados para esse serviço através do serviço pré-hospitalar móvel, dos bombeiros ou de viaturas policiais recebem avaliação direta do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco, não necessitando aguardar. Os pacientes com encaminhamento de outro serviço de urgência, ambulatório ou atenção primária, que chegam por meios próprios, seguem o mesmo fluxo dos pacientes que adentram a unidade por demanda espontânea.

Após os atendimentos, o paciente é reavaliado pela equipe médica e o desfecho pode ser uma alta (alta médica, alta a pedido, alta evasão ou óbito), internação ou encaminhamento posterior a um ambulatório. A Figura abaixo permite a visualização do fluxo de atendimento descrito anteriormente.

Figura 1 – Fluxograma de atendimento no serviço de urgência e emergência. São Paulo, junho/2017.

4.3 População e Amostra do Estudo

A população do estudo foi constituída pelos prontuários de pacientes que procuraram atendimento no serviço de urgência e emergência da instituição e foram submetidos à classificação de risco no mês de junho/2017.

A justificativa para a escolha desse período se deve ao fato de que, em março/2017, ocorreu o fechamento de três unidades de pronto atendimento no município, mantendo-se apenas uma em atividade. Tal fato gerou um agravamento na situação dos atendimentos do serviço em estudo, demandando necessidade de adaptação do fluxo da unidade e melhora no processo do acolhimento do paciente. Assim, diante de algumas mudanças efetuadas pela instituição após tal alteração, buscando identificar um período de análise dos atendimentos que correspondesse ao chamado período típico de funcionamento, optou-se pela seleção do mês de junho de 2017.

Os critérios de inclusão utilizados foram os pacientes classificados como amarelos pela classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester e maiores de 18 anos de idade.

Foram excluídos da pesquisa os prontuários com dados incompletos para avaliação tais como ausência de idade, número de prontuário, horário dos atendimentos, os pacientes reclassificados, aqueles que passam pela classificação de risco e já são encaminhados para internação ou avaliação de um especialista e pacientes regulados via serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, bombeiros ou viaturas policiais.

4.4 Procedimento de Coleta

Os dados foram extraídos das fichas de atendimento dispostos no sistema informatizado de classificação de risco da instituição e são referentes aos atendimentos realizados no mês selecionado.

Elaborou-se um formulário para coleta dos dados (APÊNDICE A) contendo as seguintes informações: siglas do nome do enfermeiro responsável pelo atendimento, período de trabalho (diurno/noturno), dia do atendimento, código do paciente, número do atendimento, sexo, idade, hora de retirada da senha no serviço de urgência e emergência, hora da entrada na classificação de risco, hora da saída

da classificação de risco, hora do início do atendimento médico, hora da finalização do desfecho, fluxograma e discriminador, cor obtida na classificação de risco, desfecho (alta, internação/setor e ambulatório). Além disso, identificou-se o número de atendimentos por dia, hora e a cor obtida na classificação de risco de cada enfermeiro que atuava nesse serviço e que, em algum momento, possa ter realizado a classificação.

A análise de concordância da classificação de risco amarela obtida pelo enfermeiro do serviço de urgência e emergência foi feita pelo pesquisador, capacitado pelo curso on-line do Protocolo de Manchester do GBCR. Trata-se do mesmo curso realizado por todos os enfermeiros que atuam na classificação de risco do serviço de urgência da instituição em estudo.

A análise da conformidade dos tempos se deu por comparação entre o percentual de conformidade entre os identificados na coleta de dados e os preconizados pelo Protocolo de Manchester.

Segundo Rosetti e Tronchin (2014) o conceito de “conformidade” baseou-se em Donabedian e Manual de Acreditação da ONA considerou-se que a conformidade das atividades ou processos consiste em atender a um determinado padrão, capaz de definir a qualidade almejada de maneira a não comprometer a uma coerência e o preconizado pelo serviço, constatado no decorrer da avaliação.

4.5 Análise dos Dados

Os dados foram ordenados, digitalizados e armazenados em planilhas eletrônicas desenvolvidas no programa Microsoft Excel 2013, com técnica de dupla digitação, seguida de validação. Posteriormente, para processamento e análise de dados, foram utilizados o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* e estatística descritiva.

A análise exploratória de dados deu-se por meio de medidas de posição central e de dispersão, de forma que as variáveis qualitativas fossem descritas através por meio de frequências absolutas e relativas e as quantitativas por medianas, valores mínimos e máximos. Para comparação das medianas de tempo com as categorias de idade (18 a 59 anos versus 80 anos ou mais) foi utilizado o teste de Mann Whitney para amostras independentes.

4.6 Aspectos Éticos

Para realização da pesquisa, a mesma foi inicialmente apresentada e discutida com a Diretoria Clínica e de Enfermagem da instituição, sendo solicitada a aquiescência e autorização para seu desenvolvimento.

Foi dispensada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por se tratar da análise de dados em prontuários de muitos participantes e pela dificuldade na obtenção do consentimento dos termos.

A coleta de dados se deu após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob o protocolo CAAE 83165718.1.0000.5393 (ANEXO C). O estudo foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados possibilitaram o diagnóstico dos atendimentos realizados no serviço de urgência e emergência da instituição pesquisada, em consonância aos objetivos estabelecidos para esse estudo.

5.1 Caracterização dos Pacientes e dos Atendimentos segundo Classificação de Risco

No período analisado (junho de 2017), foram realizados 4.266 atendimentos, distribuídos da seguinte forma:

- 127 pacientes classificados na cor branca (situação não compatível);
- 25 pacientes na cor azul (não urgente);
- 1.665 pacientes na cor verde (pouco urgente);
- 1.822 pacientes na cor amarela (urgente);
- 585 pacientes na cor laranja (muito urgente),
- 42 pacientes na cor vermelha (emergente).

Essa distribuição encontra-se apresentada no Gráfico 1. Verifica-se que o maior percentual está concentrado no grupo de pacientes da cor amarela, classificado como urgente (42,7%). Os pacientes caracterizados com necessidades de atendimento prioritário responderam por 57,4%, sendo, ainda, 13,7% identificados na cor laranja e 1% na cor vermelha. Os pacientes agrupados nas cores verde (39%), azul (0,6%) e branca (3%), classificados segundo o Protocolo de Manchester como pouco urgentes, não urgentes e aqueles que deveriam ser atendidos em unidade de saúde de menor complexidade, corresponderam a 42,6% dos atendimentos nesta unidade.

Gráfico 1 – Distribuição dos atendimentos da classificação de risco, segundo a cor, no serviço de urgência e emergência. São Paulo, junho/2017.

Tal distribuição permite uma análise do perfil das demandas da unidade, com um grande número de pacientes, com uma vasta gama de problemas de saúde, exigindo revisões permanentes dos processos de trabalho com vistas à manutenção de organização e distribuição da carga de trabalho dos profissionais.

Entretanto, parece ser esse o retrato de outros serviços também investigados no Brasil, demonstrando que as unidades de urgência e emergência do país têm atendido desde casos prioritários com risco de morte até atendimentos de menor complexidade.

Tanccini (2014), ao analisar o tempo que antecede e o que é despendido para a classificação de risco e o desfecho de pacientes atendidos em um serviço de urgência da região sul do Brasil, identificou a distribuição dos pacientes, de acordo com a prioridade clínica, sendo 0,5% na cor vermelha, 6,5% cor laranja, 17,4% cor amarela, 69,7% cor verde, 3,5% cor azul e 2,4% na cor branca.

Gonçales et al. (2015), investigando a relação entre estratificação de risco, mortalidade e tempo de permanência de um serviço de urgência de Belo Horizonte, Minas Gerais, no ano de 2010, verificaram que a classificação de risco entre os pacientes caracterizados como urgentes foi de 0,6% na cor vermelha, 14,2% na cor laranja e 47,4% na cor amarela, compondo 62,2% dos pacientes analisados. Na cor

verde, foram classificados 36,5% e, na azul, 1,3%.

Estudo de Alves e colaboradores (2015) realizado numa unidade de referência de urgência do município de Diamantina, Minas Gerais, identificou que 3,9% dos pacientes foram classificados na cor vermelha, 27,3% na laranja, 46,3% na amarela, 10,7% na verde, 0,2% na azul e 6% na branca.

Chianca et al. (2016), ao analisarem o tempo de espera para atendimento no pronto-socorro de um hospital de grande porte e referência no atendimento de urgências clínicas e traumáticas, obtiveram como classificação dos pacientes, segundo níveis de risco do STM, 0,5% na cor vermelha, 17,7% cor laranja, 48,9% cor amarela, 31,7% cor verde, 1,25% cor azul.

Rabello et al. (2018) constataram que os atendimentos classificados como azul, verde e branco corresponderam a mais da metade dos atendimentos (64,4%) do total de usuários acolhidos na unidade de emergência de um hospital estadual de grande porte no Espírito Santo, enquanto os atendimentos classificados como vermelho, laranja e amarelo representaram 34,8% do total de acolhimentos.

Os pacientes classificados como não urgentes, pouco urgentes e incompatíveis – azul, verde e branco, respectivamente – fazem parte de um grupo de pacientes com queixas que possivelmente poderiam ser solucionadas na atenção básica. Tal constatação evidencia a necessidade de investimentos permanentes de orientação da população que ainda mantém uma demanda de cuidado pela saúde baseada em um modelo hospitalocêntrico, curativo e não preventivo.

No Brasil, os achados relativos ao perfil dos atendimentos nos serviços de urgência têm sido relacionados a uma atenção primária deficiente, aliada à falta de conhecimento da população quanto a qual serviço seria mais apropriado à sua condição de saúde, ressaltando a necessidade de esclarecimentos da população quanto à hierarquização e atribuição de cada unidade que compõe a rede assistencial de urgência e emergência (GUEDES et al., 2014; DINIZ et al., 2014).

Torna-se necessário desenvolver articulações com a atenção primária, ambulatório de especialidades e serviços de atenção e internação domiciliar, bem como promover a reinserção dos pacientes que tiveram atendimento na unidade de urgência e emergência, produzindo maiores vínculos desses pacientes e aumentando a corresponsabilização por sua saúde, para que ele não retorne a esse serviço, mas tenha sua queixa solucionada na atenção primária (BRASIL, 2009). Tal medida tem o objetivo, também, de reduzir o congestionamento das unidades, contribuindo para a

Ainda no tocante ao número de atendimentos realizados no Serviço de Urgência investigado, buscamos, então, identificar aqueles com classificação urgente, atendendo ao objetivo do estudo, que pretendia analisar especificamente esse perfil de usuários da unidade.

Verificou-se que os 1.822 pacientes classificados na cor amarela apresentaram a seguinte distribuição:

- 336 pacientes passaram pela classificação de risco já encaminhados para internação ou avaliação de um especialista;
- 265 pacientes chegaram ao serviço regulados via serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, bombeiros ou viaturas policiais;
- 212 pacientes tinham menos de 18 anos de idade;
- 28 pacientes foram reclassificados,
- 27 pacientes foram excluídos em razão de dados incompletos para análise.

Assim, por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos, foram excluídos 868 registros de atendimentos classificados como urgentes, restando 954 pacientes, que compuseram a amostra analisada.

Dados apresentados na Tabela 1 descrevem o grupo de pacientes avaliados segundo sexo e idade.

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes amarelos da unidade de urgência e emergência, segundo sexo e idade. São Paulo, junho/2017.

Total		Sexo		Total		Idade								
N	(%)	Feminino	Masculino	N	(%)	18 a 30		31 a 45		46 a 59		60 a 79		>= 80
954	100	507	447	954	100	236	24,7	232	24,3	190	19,9	219	23	77 8,1
		53,1	46,9											

A revisão de literatura realizada identificou que os estudos nacionais publicados foram realizados, em sua maioria, em serviços de urgência e emergência do estado de Minas Gerais, seguidos por São Paulo e Rio Grande do Sul. Nesses serviços, verifica-se maior tendência em relação ao perfil de pacientes que buscaram por atendimento em relação ao sexo.

Investigações que identificaram maior percentual de atendimentos do sexo feminino foram conduzidas por Gonçalves et al. (2015), Diniz et al. (2014), Souza et al. (2011) e Machado et al. (2015) em Minas Gerais; por Silva (2010), Oliveira et al. (2011), Becker et al. (2015) e Mendes (2017) em São Paulo e por Tanccini (2014) no Rio Grande do Sul. Os percentuais variaram de 53,4 até 65%, denotando claramente maior procura naqueles serviços pelas mulheres, da mesma forma que na presente pesquisa.

Pesquisas desenvolvidas, em Minas Gerais, por Pinto Júnior et al. (2012), Alves et al. (2015), Guedes et al. (2015) e Chianca et al. (2016) e Franco et al. (2018), no Rio Grande do Sul, concluíram que os homens procuraram mais os serviços de urgência, com variações nos percentuais entre 50,2 e 59,3%.

Alguns autores analisam a questão de os homens procurarem com menor frequência os serviços de saúde motivados, principalmente, pela resistência na procura por auxílio e atendimento para suas necessidades de saúde, sendo que os que estão em idade produtiva retardam mais, recorrendo por auxílio e atendimento quando as situações são mais graves. O principal argumento é o trabalho, considerado prioritário em relação ao autocuidado. Os homens chegam aos serviços de saúde se houver intercorrências graves ou que os impossibilitem de exercerem seu papel como trabalhadores. Ressalta-se, ainda, que os homens têm sido acometidos mais pelas condições graves e crônicas de saúde do que as mulheres (MENDES, 2017).

No tocante à idade dos pacientes analisados, a mediana encontrada foi de 46 anos, com idade mínima de 18 e máxima de 95 anos. O maior percentual encontrado foi entre 18 e 30 anos, com pequena diferença para o intervalo entre 31 e 45 anos. Esse grupo correspondeu a 49% do total de atendimentos, numa população que pode ser considerada jovem e economicamente ativa.

Nos estudos de Guedes et al. (2014), Alves et al. (2015) e Franco et al. (2018), as idades médias encontradas dos usuários estiveram acima de 50 anos, variando de 59,1; 56,5 (desvio padrão de 22,8); 62,3 ($\pm$ 15,3) anos, respectivamente.

Pinto Júnior et al. (2012) obtiveram idade mediana de 57 anos no grupo de pacientes amarelo, que correspondeu a 57,3% do grupo analisado.

Entretanto, outras pesquisas encontraram idades médias menores, como a de Mendes (2017), cuja idade média foi de 42 anos, sendo que 80% dos pacientes tinham entre 18 e 59 anos e 20% era superior a 60 anos. Da mesma forma, Silva (2010) obteve idade média de 41,6 anos, estando 75% dos usuários entre 14 e 54 anos. Tanccini (2014) identificou que 59,3% dos pacientes tinham menos de 57 anos, com idade média de 44 anos. Machado et al. (2015) relataram que 38,1% dos pacientes que procuraram o serviço de urgência tinham entre 25 e 44 anos e 24,7%, entre 15 e 24 anos. Souza et al. (2011) também obtiveram idade média de 39,3 anos (mínima de 13 e máxima de 89).

Feijó et al. (2015) destacam que a faixa etária de maior procura pelo serviço de urgência e emergência está entre os 20 e 59 anos de idade, porém é possível verificar investigações em serviços com predomínio de atendimento a pacientes mais jovens, como a de Chianca et al. (2015), cuja idade média foi de 34,7 anos, e de Gonçalves et al. (2015), de 32 anos.

Chama atenção o estudo de Diniz et al. (2014), em que 80,8% dos prontuários analisados no estudo não descreviam a idade do paciente, um dado negligenciado no conjunto de informações necessárias para uma análise mais apropriada dos atendimentos. Toledo (2009) já mencionou que a ausência de dados nos registros de enfermagem dificulta a compreensão da realidade e pode servir como documento legal em uma eventual apuração de falhas na assistência prestada.

Esses achados podem evidenciar a procura da população adulta a este tipo de serviço, com impacto para o aumento da expectativa de vida e necessidade de ampliação de políticas voltadas ao envelhecimento da população, inclusive nos serviços de urgência e emergência.

Alia-se a isso a afirmativa apresentada por Souza et al. (2011) de que as diferentes visões sobre o conceito de urgência e emergência por parte dos usuários acabam demandando diferentes necessidades de saúde, que os levam a procurar essas unidades, influenciando nas características dos atendimentos. Há ainda que se considerar a questão da região e localização desses serviços, que definirão certamente o perfil dos usuários, frente às diversas demandas que eles apresentem. Silva (2010) afirma que a acessibilidade geográfica é apontada como um dos motivos pela procura dos usuários pelos serviços de urgência, além da resolutividade e

dificuldade de acesso à atenção básica.

Outro aspecto de interesse do presente estudo referia-se ao horário de procura pelo serviço pelos pacientes classificados como urgentes pelo STM, considerando o sexo. Esses dados estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Proporção dos pacientes amarelos da unidade de urgência e emergência, de acordo com sexo e período de atendimento. São Paulo, junho/2017.

Sexo	Horário		Total
	Diurno 07:00 às 19:00	Noturno 19:00 às 07:00	
Feminino	348	159	507
Masculino	284	163	447
Total	632	322	954

Identificou-se pequena diferença em relação ao horário de procura pelo serviço na comparação entre sexo dos usuários, respondendo a um questionamento que tínhamos se homens e mulheres buscavam pelo atendimento em diferentes turnos. Verifica-se que o período diurno, que compreendeu o horário das 7 às 19 horas, respondeu por 66,2% dos atendimentos de pacientes urgentes que buscaram a unidade de saúde.

Há evidências de que a maior procura tem ocorrido no período diurno, conforme encontrado nos estudos de Silva (2010), com 81% dos atendimentos nesse horário, bem como de Becker et al. (2015), com 75,3%; Franco et al. (2015), com 75,4%; Chianca et al. (2016), com 65,3% e Rabello et al. (2018), com 69,6%. Difere desses dados o estudo de Diniz (2014), que obteve 57,4% dos pacientes atendidos no horário noturno.

Estudos nacionais e internacionais relatados por Silva (2010) já apontavam a procura pelo período diurno. Ainda que as unidades de saúde da rede estejam abertas nesse horário e que, *a priori*, devam absorver essa demanda, verifica-se que persiste a busca pela solução para os problemas de saúde nas unidades de urgência.

5.2 Caracterização do Fluxograma e Discriminador Identificado pelo Enfermeiro na Classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester

Em relação à classificação de risco, já apontada como uma tarefa exclusiva do enfermeiro, verificou-se que a queixa mais prevalente que motivou a procura do serviço dos pacientes classificados como urgentes foi o fluxograma “problemas em extremidades”, o qual corresponde a 17,7%, seguido pela “dor abdominal” (12,5 %) e “dor lombar” (9,5%).

Identifica-se uma grande variedade de queixas apresentadas pelos pacientes no momento da classificação, conforme apresentado na Tabela 3.

O tipo de sintoma apresentado pelo paciente é importante para a determinação do risco, pois oferece informações que norteiam a conduta do enfermeiro para a aplicação do protocolo. Da mesma forma, o conhecimento do início e a duração dos sintomas são determinantes diretos da classificação de risco, pois fornecem informações acerca do tempo em que o sintoma descrito está presente, servindo, inclusive, para diferenciação entre os casos crônicos, agudos e crônicos agudizados (TOLEDO, 2009).

Tabela 3 – Distribuição das queixas apresentadas pelos pacientes na classificação de risco, segundo idade. São Paulo, junho/2017.

QUEIXA	IDADE					TOTAL
	18 a 30	31 a 45	46 a 59	60 a 79	>= 80	
Agressão	2	1	1	1	0	5
Alergia	3	1	0	1	0	5
Alteração de comportamento	3	1	1	0	0	5
Asma	4	0	0	1	0	5
Autoagressão	1	2	0	0	0	3
Cefaleia	15	22	21	15	2	75
Convulsão	4	5	1	0	1	11
Desmaio no adulto	2	0	1	7	0	10
Diabetes	2	2	4	6	0	14
Diarreia e/ou vomito	10	6	7	6	2	31
Dispneia em adulto	6	11	10	33	26	86
Dor abdominal em adulto	33	26	25	29	6	119
Dor cervical	2	2	2	6	2	14
Dor de garganta	12	3	0	2	0	17
Dor lombar	20	36	23	9	3	91
Dor testicular	1	1	1	1	0	4
Dor torácica	8	13	15	12	2	50
Erupção cutânea	1	1	0	0	0	2
Exposição a agentes químicos	1	0	0	0	0	1
Feridas	8	4	4	2	0	18

continua...

QUEIXA	IDADE					TOTAL
	18 a 30	31 a 45	46 a 59	60 a 79	>= 80	
Hemorragia digestiva	0	1	1	1	0	3
Infecções locais e abscessos	5	4	6	2	0	17
Mal-estar em adulto	13	11	10	26	12	72
Mordeduras e picadas	6	2	0	0	0	8
Palpitações	4	4	0	1	2	11
Problemas dentários	0	1	1	1	0	3
Problemas em extremidades	44	48	34	32	11	169
Problemas em face	2	1	2	2	0	7
Problemas em olhos	1	3	1	5	0	10
Problemas em ouvidos	1	2	3	1	0	7
Problemas urinários	10	9	6	9	2	36
Quedas	5	3	3	7	4	22
Queimaduras	1	1	0	0	1	3
Sangramento vaginal	2	2	2	0	0	6
Trauma cranioencefálico	1	2	2	1	0	6
Trauma maior	2	1	1	0	0	4
Trauma toracoabdominal	1	0	2	0	1	4
TOTAL	236	232	190	219	77	954

conclusão.

Para melhor visualização das queixas identificados, optou-se pela representação no Gráfico 2, agrupando aquelas que foram apresentadas por menos de 20 pacientes. Assim, criou-se um grupo denominado “outros”, que aglutinou as queixas seguindo os fluxogramas preconizados: “agressão”, “alergia”, “alteração de comportamento”, “asma”, “autoagressão”, “convulsões”, “corpo estranho”, “desmaio no adulto”, “diabetes”, “doença mental”, “dor cervical”, “dor de garganta”, “DST”, “embriaguez aparente”, “erupção cutânea”, “exposição a agentes químicos”, “feridas”, “gravidez”, “hemorragia digestiva”, “infecções locais e abscessos”, “mordeduras e picadas”, “overdose”, “envenenamento”, “palpitação”, “problemas dentários”, “problemas em face”, “problemas em olhos”, “problemas em ouvidos”, “queimaduras”, “sangramento vaginal”, “trauma cranioencefálico”, “trauma maior” e “trauma toracoabdominal”.

Gráfico 2 – Distribuição das queixas mais prevalentes dos pacientes classificados como amarelos. São Paulo, junho/2017

Considerando-se a diversidade das queixas, buscou-se conhecer aquelas mais prevalentes segundo a faixa etária dos usuários analisados e os dados estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição das queixas mais prevalentes dos pacientes classificados como amarelos, segundo idade. São Paulo, junho/2017.

Faixa etária	Queixa	N (pacientes)
18 a 30 anos	Problemas em extremidades	44
31 a 45 anos	Problemas em extremidades	48
46 a 59 anos	Dispneia em adulto	34
60 a 79 anos	Dispneia em adulto	33
>= 80 anos	Dispneia em adulto	26

Verifica-se que, no grupo de pacientes com idade entre 18 e 45 anos, a mesma queixa foi dominante, variando para aqueles com idade mais avançada.

Similaridade aos resultados da classificação obtidos no presente estudo com pacientes considerados urgentes (cor amarela) pode ser encontrada nas pesquisas realizadas por Rabello et al. (2018), que obtiveram tal percentual para o fluxograma “problemas em extremidades” em 17,16% dos atendimentos, e Chianca et al. (2016), cuja investigação encontrou tal fluxograma em 28,1% dos pacientes.

Diniz et al. (2014) encontraram como principal queixa no conjunto de pacientes atendido a indisposição no adulto (30,5%), seguida por problemas nos membros (10,4%). As queixas de “dor abdominal” (20,7%), “indisposição no adulto” (15,2%), “cefaleia” (7,6%) e “dor torácica” (7,6%) totalizaram 51% das principais queixas dos pacientes classificados no nível III de prioridade (cor amarela).

Os resultados da pesquisa de Tanccini (2014) evidenciaram que os enfermeiros elegeram os fluxogramas “mal-estar” (23%), “dor abdominal” (16,2%) e “dor torácica” (5,2%) como os mais presentes no grupo de atendimentos, sendo também os mais utilizados nos pacientes classificados como amarelos, 20,7%.

Guedes et al. (2015) identificaram como queixas principais o “mal-estar no adulto” (25,5%), “dispneia em adulto” (15,9%), “dor abdominal em adulto” (11,4%) e “alterações de comportamento” (6,7%). A dor esteve presente em 27,8% das queixas dos pacientes classificados como amarelos.

Outras pesquisas apresentam dados gerais das queixas principais identificadas para todo o grupo de pacientes classificados, sem especificar a

classificação de risco dos mesmos.

Para Souza et al. (2011), a dor representou a principal queixa dos pacientes, sendo que a cefaleia e a dor abdominal corresponderam 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%).

Silva (2010) identificou as dez queixas principais mais frequentes como sendo: cefaleia, lombalgia, dor abdominal, dor torácica, dor em membros inferiores (MMII), dor de garganta, tosse, epigastria, dispneia em adulto e disúria.

Souza et al. (2012) comentaram que, de modo geral, a dor foi a principal queixa dos pacientes na amostra estudada, sendo que cefaleia, dor abdominal e dor torácica representaram 43,9% do total das queixas.

Alves et al. (2015) também relacionaram mal-estar em adulto (21,5%), alteração do comportamento (15,6%) e dispneia em adulto (13,4%) como sendo os com maiores percentuais.

Machado et al. (2015), entretanto, obtiveram como causas mais frequentes encontradas entre os atendimentos as doenças relacionadas ao aparelho respiratório (23,0%), ao sistema osteomuscular e ao tecido conjuntivo (13,5%).

Mendes (2017) relata como queixas mais frequentes aquelas relacionadas ao trato digestório, 14,8%, seguidas por cefaleia, 12,3%, infecção de vias aéreas superiores, 9,2%, doenças do trato urinário, 7,8%, dor abdominal, 7%, e trauma e dor em membros, 6,4%.

A análise dos dados relacionados às queixas dos pacientes nos mostra que o serviço de urgência e emergência deste estudo e de demais estudos realizados atende desde necessidades emergenciais até as queixas menos urgentes ou não urgentes, que poderiam ser atendidas em uma unidade básica de saúde, as quais, em sua maioria, são classificadas em cores azul e verde.

A sobreutilização das unidades de urgência e emergência tem sido amplamente discutida quando se analisa a tipologia dos atendimentos. Alguns estudos também têm apontado para o uso inadequado das unidades pelos pacientes considerados “usuários frequentes”. Uma análise a esse respeito pode se configurar como uma estratégia importante de gerenciamento e reorganização dos atendimentos (MACHADO et al., 2015).

Em relação ao discriminador (sinal e sintoma) que designa a prioridade do atendimento do paciente, o mais prevalente foi “dor moderada”, que intitula a cor

amarela à classificação, o que também foi verificado por Diniz et al. (2014).

Toledo (2009) encontrou a dor como uma queixa muito frequente nos atendimentos em sua pesquisa (76,7%), argumentando que se trata de um dado manifestado em alta porcentagem entre usuários no setor de classificação de risco. Por não ser considerado um dado vital, o autor considera que a dor deve ser avaliada em todas as cores da classificação de risco, sendo considerada determinante para tal, de acordo com intensidade, tipo, início e duração.

Segundo Oliveira et al. (2017), dor é um achado subjetivo que causa divergências entre pacientes e profissionais da saúde, principalmente entre os enfermeiros que atuam na classificação de risco, que podem, de acordo com o protocolo, designar prioridades diferentes conforme a avaliação da história coletada.

Coutinho et al. (2012) comentam que vários aspectos podem interferir na avaliação da dor e o enfermeiro deve estar atento a eles, como idade, percepção se a dor está aumentando, experiência prévia de dor, influências culturais, ansiedade, comprometimento das atividades de vida diária e sinais clínicos de dor.

Para Guedes et al. (2015), a avaliação da dor na urgência é tarefa difícil, já que os pacientes se sentem pressionados a valorizar tal sintoma para justificar a procura pelo serviço. Entretanto, alguns tendem a negá-la para evitar uma internação hospitalar. Devido à importância, a dor não deve ser considerada pelo profissional da classificação de risco apenas em seus aspectos subjetivos. Em razão da sua grande prevalência nos atendimentos, uma avaliação criteriosa se faz necessária. Em vista disso, alguns serviços de urgência estão utilizando um instrumento formal para a avaliação da dor, como as escalas visuais analógicas.

Embora existam instrumentos validados para mensuração da dor, identificam-se dificuldades dos profissionais no seu uso. Uma medida eficaz da dor possibilita examinar a sua natureza, as suas origens e os seus correlatos clínicos em função das características emocionais, motivacionais e cognitivas. Descrição apenas de uma mensuração superficial como presente ou ausente torna-se insuficiente para a seleção de intervenções clínicas adequadas (SOUZA et al., 2012).

5.3 Identificação do percentual de conformidade dos Tempos Preconizados de Atendimentos segundo o Protocolo de Manchester

O tempo de espera conforme o grau de risco é um indicador de desempenho indispensável nos serviços de urgência e emergência. Longos tempos de espera contribuem para a superlotação dos serviços e podem levar a uma série de problemas, incluindo repercussões desfavoráveis no tratamento e na evolução dos pacientes, além de uma alta tensão para a equipe assistencial, levando ao esgotamento, com ambientes estressantes e desagradáveis (AHRQ, 2012).

Estudo realizado pela Agency for Healthcare Research and Quality, nos Estados Unidos, identificou que o tempo médio para o paciente ser atendido por um médico era de 46,5 minutos, em 2003; entretanto, em 2009, o tempo de espera nos serviços de emergência para o atendimento por um médico, médico assistente ou enfermeiro atingiu 58,1 minutos (AHRQ, 2012).

De certa forma, há indicativos sobre a necessidade de avaliar sistematicamente esse importante indicador, que permite monitorar o desempenho dos serviços de urgência, particularmente aqueles em que se adotou um sistema de classificação de risco como suporte à avaliação e decisão clínica dos profissionais.

Assim, no presente estudo, foram avaliados os diferentes tempos de espera para atendimento dos pacientes que passaram pelo serviço de urgência e emergência, com o recorte daqueles com classificação urgente, conforme proposição desta pesquisa. Considerando que a distribuição dos tempos é altamente assimétrica, depreende-se que o tempo médio é muito afetado por esta distribuição distorcida. Assim, utilizou-se o tempo mediano, que é menos afetado por esses valores. Os dados estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Tempos de espera, em minutos, das diferentes etapas dos atendimentos dos pacientes classificados como urgentes, segundo período de atendimento. São Paulo, junho/2017.

ETAPA DO ATENDIMENTO	Mediana		
	Diurno 07:00 às 19:00	Noturno 19:00 às 07:00	24 horas
Tempo da retirada da senha na recepção à entrada na classificação de risco	11	9	11
Duração da classificação de risco	2	3	3
Saída da classificação de risco até o atendimento médico	5	5	5
Atendimento médico até o desfecho clínico	160,5	111	142

Há de se considerar que, em relação ao Protocolo de Manchester, as orientações são claras no que se refere ao tempo máximo considerado compatível a cada uma das etapas no grupo de pacientes amarelos, sendo: 10 minutos, tempo de espera para a classificação de risco; 3 minutos, tempo da classificação de risco; 60 minutos, tempo de espera até o atendimento médico (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Nos tempos encontrados, verifica-se que estiveram dentro dos padrões estabelecidos pelo Protocolo, com exceção do tempo de retirada da senha na recepção à entrada na classificação de risco, o que permite afirmar que a instituição tem conseguido atender às recomendações emanadas de sua concepção, de modo a resguardar a rapidez, uma vez que agilidade é um atributo importante.

Tanccini (2014), ao analisar o tempo que antecede e o que é despendido para a classificação de risco e o desfecho dos pacientes, identificou que 84,6% dos pacientes foram classificados em até $3 \pm 1,45$ minutos, tempo sugerido pelo Sistema Manchester de Classificação de Risco como adequado. Entretanto, os pacientes aguardaram excessivo tempo para chegar até a classificação. Especificamente nos pacientes classificados como amarelos, o tempo mediano de espera para a classificação foi de 6 minutos (2-17), tempo de classificação 3 minutos (2-4) e tempo total da chegada à conclusão da classificação de 10 minutos (4-15). O autor conclui

que houve menos tempo de espera nos pacientes que receberam classificações de maior prioridade, o que impactou no tempo total entre a chegada à emergência e a finalização da classificação, também menor naqueles de maior gravidade.

Estudo desenvolvido por Storm-Versloot et al. (2014) no departamento de urgência de um hospital holandês identificou que, após a implementação do Sistema Manchester de Triagem, pacientes com maior prioridade aguardaram menos tempo do que aqueles de menor prioridade. Porém, não houve diminuição no tempo de espera e no tempo de hospitalização. Quanto maior foi o nível da urgência, mais tempo foi despendido na classificação de risco.

Chianca et al. (2016) desenvolveram um trabalho objetivo de avaliar os tempos de espera para atendimento de pacientes em um hospital público de urgência, tendo por referência o STM. As conclusões apontaram que, para os pacientes classificados como amarelos, o tempo médio de espera entre o registro na porta de entrada e a classificação de risco foi de 13,3 minutos, sendo o tempo mediano de 7,23 minutos e o tempo médio entre início e fim da triagem foi de 2,05 minutos. A maioria (58,2%) dos pacientes classificados como amarelos foi atendida pelo médico em até 60 minutos após a classificação (média de 70,59 min; mediana de 49,13 min). No geral, os pacientes esperaram, em média, 52,03 minutos (mediana de 28,31 min) entre a chegada ao hospital e o atendimento médico.

Mendes (2017) mensurou o tempo de espera entre a recepção e a classificação de risco e o tempo de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico, segundo a cor atribuída em uma unidade de urgência e emergência de um hospital privado no norte do estado de São Paulo. Os pacientes que tiveram classificação amarela/vermelha aguardaram em média 14,96 minutos entre sua entrada na unidade até a classificação de risco; o tempo após essa etapa até o atendimento médico foi de 20,36 minutos. O autor afirma que houve diferença estatisticamente significativa entre os pacientes classificados como verdes e aqueles classificados como amarelos/vermelhos, demonstrando que os pacientes urgentes/emergentes foram atendidos de maneira mais rápida.

Os dados obtidos nos estudos desenvolvidos com os mesmos objetivos estão apresentados no Quadro abaixo, permitindo um melhor comparativo entre eles e a presente pesquisa.

Quadro 4 – Tempos dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nos diferentes estudos.

ETAPAS DE ATENDIMENTO	Tempo (em minutos)			
	Estudo atual (mediana)	Tanccini 2014 (mediana)	Chianca 2016 (mediana)	Mendes 2017 (média)
Tempo da retirada da senha na recepção à entrada na classificação de risco	11	6	07,23	14,96
Duração da classificação de risco	3	3	02,01	–
Saída da classificação de risco até o atendimento médico	5	–	49,13	20,36

O maior destaque que se evidencia refere-se ao tempo exíguo verificado no tempo de espera para o atendimento médico após a saída da classificação de risco, que foi de 5 minutos, considerando que, pelo Sistema de Classificação pelo Protocolo de Manchester, esse poderia ser de até 60 minutos.

É importante contextualizar o cenário de atendimentos dessa instituição, pois, como foi apresentado, os atendimentos prioritários constituíram 57,4% do total de pacientes avaliados, e uma *performance* com essas características é um indicativo bastante favorável do serviço oferecido. Entretanto, há de se analisar que 42,6% dos atendimentos representaram um afluxo de pacientes de baixa complexidade, que, independentemente da motivação para a procura do serviço de emergência, indiscutivelmente impactaram no volume e na dinâmica do trabalho.

Assim, seria desejável a realização de novos estudos que avaliem os tempos de atendimento para os demais pacientes classificados neste serviço (nas cores azul, verde e branca). Ademais, o Protocolo de Manchester preconiza que a avaliação para a consulta médica deva levar em conta duas variáveis analisadas em conjunto: a cor da classificação de risco e o tempo de espera possível para a prioridade estabelecida para cada paciente.

Isso pode ser verificado em nosso estudo, pois constatou-se que 28 pacientes classificados como pouco urgentes (cor verde), em razão do tempo de espera, foram reclassificados e passaram para a prioridade urgente (cor amarela). Ressalta-se que, nos casos em que a classificação foi verde, o tempo previsto para atendimento pelo médico deveria ser de até 120 minutos, porém identificou-se um tempo de espera para essa reclassificação de 7 horas e 54 minutos, conforme

demonstrado no Gráfico 3. Infelizmente não foi possível avaliar o tempo total de espera desses pacientes até o atendimento médico, uma vez que o horário registrado como atendimento médico foi anotado como anterior ao da reclassificação do paciente.

Gráfico 3 – Tempo de espera, em minutos, de cada paciente, enumerado de 1 a 28, classificado como pouco urgente até a reclassificação em urgente. São Paulo, junho/2017

Nessa direção, estudos de Souza et al. (2011) e Pinto Júnior et al. (2012) em um pronto-socorro de um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, concluíram que o Protocolo de Manchester é falho para detectar os casos de pacientes que tiveram deterioração clínica após terem passado pela classificação de risco. Isso reforça a necessidade de reavaliação constante do paciente após essa etapa e até que receba tratamento direcionado para a resolução de seu problema, principalmente quando aliado ao tempo de espera superior ao preconizado de acordo com as cores, conforme foi constatado pela presente investigação.

Sequencialmente, para uma melhor visualização dos resultados obtidos, optamos por apresentar os tempos avaliados separadamente, permitindo uma análise mais pormenorizada dos mesmos.

Inicialmente, a primeira medida do tempo referiu-se à retirada da senha ao adentrar o serviço de urgência até o momento da classificação de risco, realizada pelo enfermeiro. A Tabela 5 apresenta os valores encontrados.

Tabela 5 – Tempo de atendimento, em minutos, dos pacientes classificados como urgentes a partir da retirada da senha até o início da classificação de risco. São Paulo, junho/2017.

Tempo	Pacientes (N)	%
Até 10	470	49,3
11 a 30	310	32,5
31 a 60	125	13,1
61 a 120	43	4,5
> 120	6	0,6
Total	954	100

Embora quase metade dos atendimentos tenha ocorrido dentro do período preconizado, 50,7% dos pacientes ultrapassaram o tempo ideal estabelecido pelo Protocolo de Manchester.

Tal resultado também foi encontrado por JONES, MARSDEN, WINDLE (2010) em estudo realizado em diferentes unidades de atendimento do estado de Minas Gerais, utilizando a base *Alert Data Warehouse*, que executa e armazena dados gerados pelo Protocolo de Manchester. Nos hospitais analisados, os tempos médios também estavam acima do tempo ideal, sendo que os autores ponderaram a necessidade de se considerarem diversos fatores, especialmente os relacionados à gestão dessas instituições.

Silva (2010) encontrou para as avaliações amarelas dos pacientes, que representaram 12% do total de atendimentos de uma unidade de emergência de um hospital universitário do interior do estado de São Paulo, um tempo médio de espera entre a chegada e a classificação de risco de 30,5 minutos.

Chianca et al. (2016) constataram que a mediana do tempo de espera entre a chegada ao serviço de urgência e o início da triagem foi de 7,23 minutos, tempo inferior aos nossos achados, que foi de 11 minutos. Cabe destacar que, neste serviço, pacientes classificados com cor vermelha são atendidos imediatamente ao dar entrada na unidade e que o atendimento de classificação para pacientes que dão entrada de viatura ou serviço pré-hospitalar móvel é imediato, com o enfermeiro da classificação de risco, o que pode elevar o tempo de espera dos demais pacientes.

Os autores acima ainda comentam que, em países europeus e ingleses, que utilizam o Protocolo de Manchester, o paciente, ao dar entrada em um serviço de

urgência, é diretamente atendido por um enfermeiro, não havendo, portanto, espera entre a chegada ao serviço e o início da classificação, diferentemente da realidade dos serviços de urgência no Brasil (CHIANCA et al., 2016).

Tanccini (2014) identificou um tempo mediano de espera para a classificação de risco de 6 minutos (mín. 2 e máx. 17) entre os pacientes amarelos. Apesar da prioridade clínica, a autora comenta que, no serviço analisado, os pacientes de maior prioridade (vermelho/laranja) são atendidos antes mesmo que seu cadastro seja iniciado, ocorrendo de forma paralela o atendimento e a identificação, consumindo minutos do tempo previsto no Sistema Manchester.

Mendes (2017) mensurou esse tempo nos pacientes classificados como amarelos e como vermelhos e identificou que foi de 14,96 minutos.

Storm-Versloot et al. (2014) obtiveram como tempo mediano de espera para classificação 4 minutos em pacientes já triados ao serviço de urgência, sendo esse tempo mais longo do que para os pacientes não triados, fato atribuído à incerteza quanto ao quadro clínico apresentado pelo paciente que procurou a unidade.

Em relação à duração da classificação de risco, acredita-se que a preparação do enfermeiro para atuar na triagem/classificação de risco é importante para garantir que o paciente seja classificado corretamente. É importante ressaltar que a avaliação na classificação de risco não deve objetivar a realização de um diagnóstico; deve ser rápida e focada na queixa principal apresentada pelo paciente. A utilização de protocolos embasa a classificação de risco e oferece respaldo aos enfermeiros, podendo ser considerada uma ferramenta sensível para priorizar o atendimento dos pacientes. A análise da Tabela 6 permite constatar que os enfermeiros levaram até 3 minutos para classificar cerca de 65% dos pacientes.

Tabela 6 – Duração da classificação de risco, em minutos, dos pacientes classificados como urgentes. São Paulo, junho/2017.

Tempo	Pacientes (N)	%
Até 3	617	64,7
4 a 5	216	22,6
6 a 7	78	8,2
8 a 9	31	3,2
10 ou mais	12	1,3
Total	954	100,0

Entretanto, houve casos de pacientes cuja duração dessa classificação ultrapassou a proposta pelo Protocolo, o que contabilizou cerca de 35% dos atendimentos.

Um fator que pode explicar tal resultado refere-se ao número de pacientes acima de 60 anos, que totalizam 296, respondendo por 31% dos pacientes classificados na cor amarela. Esse grupo de pacientes demanda maior atenção à sua queixa clínica, de modo que sua avaliação seja segura e sem riscos, o que, consequentemente, consome um tempo maior dessa etapa. Uma avaliação completa da queixa principal, considerando que ela será decisiva na atribuição do risco ao paciente, tem que ser feita de modo a não a subestimar.

Os enfermeiros de um pronto-socorro referência de Belo Horizonte levaram, em média, 2,06 minutos para realizar a classificação de risco (CHIANCA et al., 2016).

Tanccini (2014) encontrou 3 minutos, em média (mín. 2 e máx. 4), na realização desta atividade feita pelos enfermeiros, perfazendo um tempo total da chegada à conclusão da classificação de 10 minutos (mín.4 e máx. 15). Em sua análise, comenta que houve menos tempo de espera nos pacientes que receberam classificações de maior prioridade.

Storm-Versloot et al. (2014) identificaram um tempo médio de 5 minutos, com um mínimo de 2 e máximo de 14 minutos, na classificação de pacientes considerados amarelos no nível de urgência de um serviço de urgência da Holanda, após implementação do Sistema Manchester. Se o nível de urgência fosse maior, o tempo de classificação também seria mais longo.

Duro et al. (2014), ao investigarem a percepção dos enfermeiros sobre as dificuldades enfrentadas para se realizar a classificação de risco, identificaram, em

seus relatos, que o elevado número de usuários com situação clínica não urgente, o número insuficiente de enfermeiros para atender à demanda, a falta de entendimento da população sobre a classificação de risco, assim como a inadequação de equipamentos e a área físicas são fatores que contribuem para o desgaste da equipe de classificação de risco.

A tarefa de recepcionar e definir prioridades referentes às demandas dos pacientes, na classificação de risco dos serviços de urgência e emergência, consiste em um processo de tomada de decisão vinculado a um cenário complexo e dinâmico e exige que providências sejam aplicadas em um curto período de tempo e deve ser vista como uma atividade que requer muita responsabilidade e competências específicas (SOUZA et al., 2014).

A etapa subsequente, que se refere ao período de espera para o atendimento médico, pode ser considerada uma etapa crítica em todo o processo de funcionamento dos serviços de urgência e emergência, muitas vezes geradora de conflitos entre os pacientes e a equipe de saúde.

A expectativa do paciente é de ter sua queixa acolhida e seu problema de saúde resolvido de forma rápida, influenciando grandemente seu nível de satisfação em relação ao serviço de saúde (STORM-VERSLOOT et al., 2014).

Nessa direção, os resultados da presente investigação apontam que, em quase 100% dos atendimentos, esse tempo foi adequadamente cumprido, dentro dos parâmetros do Protocolo de Manchester, conforme se visualiza na Tabela 7.

Tabela 7 – Tempo de espera, em minutos, para o atendimento médico, a partir da saída da classificação de risco dos pacientes classificados como urgentes. São Paulo, junho/2017.

Tempo	Pacientes (N)	%
0 a 10	846	88,7
11 a 20	89	9,3
21 a 30	8	0,8
31 a 40	5	0,5
41 a 50	1	0,1
51 a 60	1	0,1
>60	4	0,4
Total	954	100

Chama a atenção os pacientes atendidos além dos 60 minutos preconizados para pacientes classificados como amarelos (urgentes). Certamente esse fato remete a uma análise de fatores que podem ter determinado ou influenciado tal atraso, o que fica muito aquém do proposto, de modo a garantir maior efetividade e segurança para o paciente, mas também para o serviço.

Silva (2010) encontrou um tempo médio de 28,5 min e uma mediana de 21 minutos (mínima 0 e máxima 110) entre a avaliação de risco e o atendimento feito pelo médico do serviço dos pacientes urgentes.

No estudo de Mendes (2017), esse tempo foi de 20,36 minutos, o mesmo para pacientes classificados como vermelhos, o que chama a atenção ao se considerar a prioridade estabelecida.

Storm-Versloot et al. (2014) obtiveram 18 minutos, em média, no tempo de espera (mín. 0 e máx. 1 hora e 51 min).

Para os pacientes classificados como amarelos no estudo de Chianca et al. (2016), 58,2% foram atendidos em até 60 minutos após a classificação de risco, conforme estabelecido pelo STM, e 75% dos pacientes foram atendidos em até 90 minutos. O tempo total que representou o tempo de espera desde o registro na portaria até o atendimento médico foi, em média, de 52:03 minutos (mediana de 28:31 minutos).

Há um consenso de que a classificação de risco implica na determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica do protocolo estabelecido, do grau de necessidade do usuário, visando à atenção centrada no nível de complexidade (BRASIL, 2009). Assim, trata-se de uma etapa importante na cadeia do atendimento nos serviços de urgência e emergência, pois a avaliação do enfermeiro frente às condições clínicas e queixas dos pacientes define a prioridade com que serão atendidos e, em muitas vezes, o seu desfecho.

Entretanto, Chianca et al. (2016) discutem que, no Brasil, existe grande demanda por atendimentos que extrapolam a capacidade de absorção dos serviços, e o tempo entre a chegada do paciente ao serviço e o atendimento médico é altamente influenciado pelo tempo demandado entre a chegada ao serviço e a realização da classificação de risco. Dificuldades de pessoal, estruturação da rede de serviços e grande procura por atendimento são algumas barreiras dificultadoras e que podem comprometer o cumprimento dos tempos preconizados pelo Protocolo de Manchester.

Nessa direção, Souza et al. (2014) apontam que, embora o enfermeiro seja

o ator principal na classificação de risco, seu trabalho é influenciado por questões estruturais e de gestão complexas. Esses mesmos autores, em 2016, também comentam que a classificação ocorre num ambiente altamente dinâmico, sob restrições de tempo, espaço físico e as necessidades do paciente, que podem exceder os recursos disponíveis, o que torna essa etapa vital na regulação do atendimento dos serviços.

Diante dessas considerações, buscou-se caracterizar o tempo de desfecho dos atendimentos dos pacientes classificados nessa prioridade. A Tabela 8 apresenta os dados obtidos.

Tabela 8 – Tempo, em horas, do início do atendimento médico à finalização do desfecho dos pacientes classificados como urgentes. São Paulo, junho/2017.

Tempo	Pacientes (N)	%
Em até 1	206	21,6
Em até 2	193	20,2
Em até 3	165	17,3
Em até 4	124	13,0
Em até 5	83	8,7
Em até 6	55	5,8
Em até 7	52	5,5
Em até 8	19	2,0
Em até 9	12	1,3
Em até 10	9	0,9
Em até 11	5	0,5
Em até 12	3	0,3
Acima de 12	28	2,9
Total	954	100

Observa-se que 59,1% dos pacientes classificados como urgentes tiveram seu atendimento finalizado em até 3 horas, o que certifica uma boa resolutividade desse serviço, independentemente do desfecho de alta, encaminhamento ou internação, indicando que o tempo relativo à espera pelo atendimento pode estar influenciando uma alta taxa de lotação nessa unidade.

Obteve-se somente um estudo que avaliou o tempo total de atendimento. Storm-Versloot et al. (2014) calcularam a duração total da estadia no serviço dos

pacientes amarelos, que foi de 2 horas e 16 minutos (mín. 12 min e máx. de 12h55).

Outro ponto de interesse na investigação foi quanto à influência da idade do paciente nos tempos compreendidos entre retirada da senha e duração da classificação de risco, no atendimento médico e na finalização do desfecho clínico.

A Tabela 9 apresenta os dados analisados que responderam ao nosso questionamento, sendo que se optou por separar os pacientes em três grupos, sendo um que contemplasse os pacientes adultos, na faixa etária entre 18 e 59 anos; outro considerado de pacientes idosos, entre 60 e 79 anos, e aquele com pacientes com idade acima de 80 anos.

Tabela 9 – Mediana dos tempos dos atendimentos, em minutos, dos pacientes classificados como urgentes, segundo a idade. São Paulo, junho/2017.

Etapa do atendimento	IDADE		
	18 a 59	60 a 79	>= 80
Tempo da retirada da senha à entrada na classificação de risco	11	13	8
Duração da classificação de risco	2	4	4
Saída da classificação de risco até o atendimento médico	5	4	4
Atendimento médico até o desfecho clínico	128	188	183

Não houve diferença entre o tempo de espera para ser atendido pelo enfermeiro na classificação de risco entre os pacientes com idade de 18 a 59 anos, comparado àqueles à partir de 80 anos ($p = 0,53$), o que é certificado segundo o Protocolo de Manchester e no qual a prioridade do atendimento em casos de urgências e emergências deve ser pautada na prioridade clínica referente à queixa do paciente, e não à idade.

Em relação ao tempo da retirada da senha na recepção até o momento da classificação, os tempos foram os mesmos avaliados no grupo total, considerando horário diurno e noturno.

Observou-se que, quanto maior a idade, mais tempo durou a classificação de risco dos pacientes classificados como urgentes, sendo que a partir de 60 anos, o

tempo mediano foi de quatro minutos e menores de 60, dois minutos ($p < 0,001$). Pode-se supor que isso se deve à necessidade de o profissional enfermeiro compreender a queixa e designar a cor de prioridade que melhor expresse a condição clínica do paciente. Verifica-se, ainda, que se amplia o tempo para finalização do desfecho clínico, o que determina tempo de permanência mais elevado nos serviços de urgência e emergência.

Esse achado coincide com os resultados de Chianca et al. (2016), que constataram que o aumento do tempo de permanência (acima de 4 horas) dos pacientes em serviços de urgência e emergência está associado a pacientes de idade avançada, devido à necessidade de serem vistos por mais de um especialista e ao uso de testes radiológicos.

Em relação ao tempo que este paciente aguarda para o atendimento médico após a saída da classificação de risco, observou-se que quanto maior a idade, menor o tempo em que o paciente precisou aguardar, sendo que a partir de 60 anos, o tempo mediano foi de quatro minutos e menores de 60, cinco minutos ($p < 0,001$).

Também se observa, com estes achados, a importância de o enfermeiro avaliar a idade no processo de atribuição do risco, bem como sua associação à condição clínica e ao possível prognóstico do paciente, como justificado em estudo semelhante, no qual quanto maior a idade do paciente, mais grave é a sua condição clínica (DINIZ et al., 2014).

Quanto ao tempo do atendimento médico até o desfecho clínico, observou-se que, quanto maior a idade maior este tempo, comparando pacientes com idade de 18 a 59 anos com aqueles a partir de 80 anos, $p < 0,001$.

5.4 Identificação do desfecho clínico dos Atendimentos dos Pacientes Amarelos (Alta, Internação/Setor ou Ambulatório)

Os resultados evidenciaram que, dos 954 pacientes classificados como urgentes, 868 pacientes (91%) evoluíram para alta, 75 pacientes (7,9%) foram internados após avaliação médica e 11 (1,1%) foram referenciados para o acompanhamento em serviço ambulatorial em dias posteriores ao atendimento no serviço de urgência e emergência, como apresentado no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Proporções de altas, internações e encaminhamentos dos pacientes classificados como urgentes. São Paulo, junho/2017

Vários estudos realizados no Brasil encontraram resultados semelhantes ao da presente investigação. Não foi possível a identificação dos óbitos, visto que todos os desfechos eram finalizados como alta (alta médica, alta a pedido e óbito), demandando a análise dos prontuários individualmente.

Silva (2010) verificou que 75,4% dos pacientes receberam alta do serviço, ou seja, foram dispensados após consulta médica, 24,2% foram encaminhados para serviços externos à instituição e 0,3% encaminhados para internação.

Gonçales et al. (2015) obtiveram como distribuição de frequência dos atendimentos em relação ao desfecho e classificação de risco dos pacientes amarelos que a maioria (95,4%) recebeu alta, 1,4% foi removida (transferida) para outras unidades de saúde, 2,7% abandonaram o atendimento e 0,5% evoluiu para óbito.

Tanccini (2014) também evidenciou que, na prioridade clínica amarela, em 79,58% dos casos houve liberação do paciente, 20,27% necessitaram de hospitalização e 0,15% evoluiu para óbito.

Guedes et al. (2015), analisando o desfecho clínico dos pacientes classificados na cor amarela, identificaram que 91% deles tiveram alta/transferência hospitalar e 9% evoluíram para óbito, sendo que a queixa clínica que mais levou ao óbito foi “mal-estar no adulto”, corroborando o estudo de Pinto Júnior et al. (2012), no qual 90,9% dos pacientes amarelos receberam alta ou foram transferidos e 9,1% evoluíram durante a internação para óbito.

Machado et al. (2015) observaram que, finalizado o atendimento na unidade, 78,7% dos pacientes receberam alta, 11% foram encaminhados para alguma especialidade, 8,2% para a atenção primária e apenas 2,1% foram internados.

Estudo de Becker et al. (2015) identificou alta hospitalar prevalente em 94,5% dos atendimentos no serviço de urgência e emergência, o que pode ser explicado, em parte, pelo fato de os pacientes classificados como sendo das cores verde e azul, prioridades consideradas menos urgente e não urgente, respectivamente, estarem procurando atendimento, embora não necessitem de internação, uma vez que apresentam estado clínico de menor gravidade.

Na pesquisa de Coelho (2016), houve similaridade quanto ao seguimento do paciente após a consulta médica, sendo que 63,7% também evoluíram para alta hospitalar, 5,4% internação e 2,2% foram referenciados para atenção básica.

Mendes (2017) observou, no total de pacientes atendidos, que 98,7% tiveram como destino a alta, sendo a categoria não urgente prevalente nesses pacientes. Por outro lado, 1,3% foi encaminhado para internação, dos quais 59% foram classificados como urgentes/emergentes e 41% pouco urgentes. Entre os internados, houve prevalência de pacientes com idade superior a 60 anos.

Chama a atenção que os dados anteriores apresentam análises para todo o grupo de pacientes atendidos e somente dois contêm análise específica para o grupo de pacientes amarelos. Nesses, os percentuais relativos ao desfecho “alta da unidade” foram de 79,6 e 95,4%, que se aproximam muito do valor obtido de 91% em nosso estudo, que também supera os valores relativos ao desfecho “internação” dos demais, com exceção de um único cuja taxa foi de 20,27%.

Observa-se que, na grande maioria, os estudos apontam que os pacientes foram dispensados após consulta médica, o que evidencia a inexistência de gravidade nos atendimentos, apesar das variações percentuais em diferentes serviços e em diferentes regiões geográficas. A facilidade de acesso, a resolução dos pequenos problemas de saúde e o atendimento de queixas clínicas com medicação propiciam que muitas pessoas busquem essa unidade de saúde, descaracterizando sua finalidade.

Em relação aos 75 pacientes identificados que necessitaram de internação, verificou-se que a especialidade de maior demanda foi “cirurgia geral”, correspondente a 37,3% dos pacientes internados, provavelmente havendo relação com a característica do hospital, que é referência em traumas na região. Os pacientes

classificados em “outros” equivalem às especialidades de ortopedia, urologia, nefrologia, oncologia e ginecologia.

Gráfico 5 – Distribuição dos locais (especialidades) de internação dos pacientes classificados como urgentes, de acordo com a especialidade. São Paulo, junho/2017

A Tabela 10 apresenta os dados relativos à análise sobre a distribuição dos pacientes classificados urgentes, segundo idade e desfecho clínico.

Tabela 10 – Proporção de pacientes de acordo com idade e desfecho clínico. São Paulo, junho/2017.

IDADE x DESFECHO	18 a 59	60 a 79	>= 80	TOTAL
Alta	612	189	67	868 (91%)
Internação	40	26	9	75 (7,9%)
Ambulatório	6	4	1	11 (1,1%)
TOTAL	658	219	77	954 (100%)

Verificou-se que, aproximadamente, 47% dos pacientes internados tinham

idade igual ou superior a 60 anos, embora esse grupo representasse apenas 31% do total de pacientes amarelos atendidos no serviço pesquisado. Dados de outras investigações indicam que as complicações clínicas ocorrem em maior proporção em pacientes com idade mais avançada, o que eleva o tempo de permanência nos serviços de saúde (PINTO JÚNIOR et al., 2012; CHIANCA et al., 2016).

Guedes et al. (2015) afirmam que há associação entre a alta prioridade de atendimento e a chance de o paciente permanecer internado por um tempo superior a 5 dias, comparado aos pacientes classificados como baixa prioridade.

Tanccini (2014) também afirma que há uma clara associação entre os grupos de maior prioridade e a mortalidade de curto prazo, definida como os óbitos ocorridos nas primeiras 24-48 horas.

Nessa direção, Pinto Júnior et al. (2012) chamam a atenção para a importância e a necessidade de o paciente que passou pela classificação de risco ser submetido a avaliações constantes após a entrada no serviço, pois estudos têm demonstrado que alguns pacientes inicialmente classificados como prioridades de atendimento menos urgentes podem evoluir para uma piora clínica rapidamente, ocasionando um desfecho desfavorável.

Cabe uma ressalva de que a dinâmica de organização dos serviços de urgência e emergência tem um impacto considerável para que se atinja a eficiência e efetividade de seu funcionamento, de modo a garantir a resolutividade dos problemas de saúde da população. Nesse quesito, percebe-se que têm recaído no profissional enfermeiro inúmeras e diversas demandas do trabalho, que acabam por refletir no cumprimento da sua atividade primordial, que é o acolhimento e atendimento aos usuários que buscam o serviço.

5.5 Identificação do volume de Pacientes atendidos no Serviço de Urgência segundo quantitativo classificado por Enfermeiro

Frente às diversas publicações que discorrem sobre o funcionamento dos serviços de urgência e emergência no país, buscou-se, adicionalmente, conhecer a realidade da unidade pesquisada quanto ao volume de atendimentos e sua distribuição entre os profissionais enfermeiros, considerando horários diurno e noturno. Vale lembrar que a unidade dispõe de 4 enfermeiros fixos nesse serviço, 3 contratados como folguistas e 5 que realizam coberturas por curto intervalo de tempo.

Segundo o Protocolo de Manchester, o enfermeiro específico dos Serviços de Urgência e Emergência tem a possibilidade de realizar até 13 atendimentos/hora na classificação de risco, considerando as características das unidades e o atendimento às necessidades fisiológicas de uma pessoa.

A análise desse estudo identificou que o número de pacientes por enfermeiro/hora teve uma mediana de 13 pacientes classificados/hora, demonstrando estar dentro dos limites preconizados para a função.

O número máximo no período diurno foi de 20 pacientes/hora, que ocorreu durante a 2ª hora de serviço deste enfermeiro, identificado como enfermeiro 1, e, no período noturno, o máximo foi de 17 pacientes/hora na 1ª hora de serviço do enfermeiro 3. Os valores estão apresentados nas Tabelas 11 e 12.

O número máximo e mínimo de pacientes classificados nesse serviço em 24 horas de trabalho, no mês analisado nessa unidade de saúde, foi de 169 e 118 pacientes, respectivamente, sendo, em média, 142 pacientes atendidos em 24 horas. Abaixo, os valores H1, H2, e assim sucessivamente, até H12 equivalem à primeira hora de trabalho de um plantão diurno e noturno, respectivamente, de cada enfermeiro.

Tabela 11 – Quantitativo de pacientes classificados por hora, de acordo com cada enfermeiro durante a jornada de trabalho diurna. São Paulo, junho/2017.

Mediana (mín.-máx.)	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12
Enfermeiro 1	5 (1-7)	10 (6-20)	11 (5-19)	9 (7-15)	8 (2-15)	8 (1-11)	3 (1-10)	7,5 (1-14)	10 (3-12)	7 (4-15)	6 (4-10)	9 (5-12)
Enfermeiro 2	6,5 (3-12)	10 (7-14)	9 (5-16)	13 (5-18)	9 (5-13)	8 (5-13)	5 (1-6)	6 (1-14)	6 (5-6)	7 (6-8)	5 (4-8)	7 (8-3)

Tabela 12 – Quantitativo de pacientes classificados por hora, de acordo com cada enfermeiro durante a jornada de trabalho noturna. São Paulo, junho/2017.

Mediana (mín.-máx.)	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12
Enfermeiro 3	8 (6-17)	7,5 (4-11)	4 (2-9)	5,5 (2-9)	5 (2-8)	3 (1-5)	2 (1-4)	2 (1-5)	1 (1-2)	1 (1-5)	1 (1-2)	3 (1-6)
Enfermeiro 4	8 (4-13)	7 (1-11)	6 (2-11)	4 (2-9)	4 (2-6)	3 (1-5)	3 (1-6)	1 (1-6)	1 (1-3)	1 (1-3)	1,5 (1-3)	1 (1-5)

Tabela 13 – Quantitativo de pacientes classificados por hora, de acordo com cada enfermeiro folguista durante a jornada de trabalho diurna. São Paulo, junho/2017.

Mediana (mín.-máx.)	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12
Enfermeiro 5	5 (3-8)	7 (4-11)	7 (3-14)	9 (3-13)	8 (1-14)	7 (3-11)	1 (1-10)	3 (1-11)	6 (3-8)	8 (3-12)	6 (1-11)	6 (1-15)
Enfermeiro 6	6,5 (5-9)	7 (6-12)	7 (1-10)	7 (2-10)	4 (2-9)	6 (1-7)	2,5 (1-6)	1,5 (1-10)	2 (1-9)	2 (2-7)	1 (1-6)	2,5 (1-7)
Enfermeiro 7	2 (2-2)	10 (10-10)	5 (1-9)	7 (7-7)	9 (9-9)	1,5 (1-5)	3,5 (2-5)	5,5 (1-10)	1,5 (1-11)	2 (1-7)	2 (1-5)	3,5 (2-5)

Tabela 14 – Quantitativo de pacientes classificados por hora, de acordo com cada enfermeiro coberturista durante a jornada de trabalho diurna. São Paulo, junho/2017.

Mediana (mín.-máx.)	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12
Enfermeiro 8	4 (1-11)	5 (1-8)	5 (1-13)	5,5 (1-7)	9,5 (9-10)	8 (1-8)	6,5 (5-8)	1 (1-1)	6 (6-6)	6 (6-6)	6 (1-11)	1 (1-12)
Enfermeiro 9	3 (1-5)	3 (2-5)	5 (1-13)	3 (1-11)	7 (7-7)	8 (8-8)	3 (3-3)			1 (1-1)		
Enfermeiro 10	1 (1-1)		1 (1-1)				1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-3)	1 (1-1)		
Enfermeiro 11		1 (1-1)					1 (1-1)	1 (1-1)		1 (1-1)		
Enfermeiro 12	1 (1-1)		1 (1-1)		1 (1-1)		3 (3-3)	4 (4-4)		1 (1-1)	1 (1-1)	

Tabela 15 – Quantitativo de pacientes classificados por hora, nos períodos diurno e noturno. São Paulo, junho/2017.

Mediana (mín.-máx.)	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12
Diurno	5 (1-12)	6 (1-20)	7 (1-19)	8 (1-18)	8 (1-15)	8 (1-13)	5 (1-10)	7 (1-14)	7 (1-12)	7 (1-15)	6 (1-11)	8 (1-15)
Noturno	8 (1-17)	7 (1-11)	5 (1-11)	5 (2-9)	4 (1-8)	3 (1-6)	2 (1-6)	1 (1-6)	1 (1-3)	1 (1-5)	1 (1-3)	2 (1-6)

Bohn (2013), ao analisar a opinião dos enfermeiros sobre o Protocolo de Manchester como um instrumento de trabalho, aponta que os profissionais atribuem o excesso de demanda como um grande dificultador do trabalho, no que se refere à obediência aos tempos preconizados. Além disso, múltiplas interrupções durante a classificação de risco são apontadas como um risco que o profissional corre, podendo comprometer o estabelecimento da prioridade clínica do usuário.

Nessa direção, Souza et al. (2014), ao avaliarem a opinião dos enfermeiros sobre a realização da classificação de risco no serviço de urgência, identificaram, nos depoimentos, que a presença dos técnicos em enfermagem na recepção e na sala de espera foi apontada como um facilitador do trabalho do enfermeiro. Segundo os autores, na prática clínica tem se observado tal alternativa como uma prática adotada por alguns serviços de urgência que implantaram a classificação de risco, estratégia esta com o objetivo de suprir a necessidade do serviço de manter os enfermeiros restritos à sala de classificação de risco para atender à alta demanda de pacientes.

Em estudo realizado no sul do Brasil, também com o objetivo de coletar a opinião dos enfermeiros sobre a classificação de risco, identificou-se que o quantitativo elevado de casos não urgentes superlota o serviço, produzindo aumento do tempo de espera para as consultas médicas, situação que inquieta os pacientes, que, muitas vezes, não compreendem o significado da classificação de risco, resultando em desgaste físico para a equipe e sobrecarga de trabalho (Duro et al., 2014).

Os resultados do estudo de Chianca et al. (2016) indicaram que um sistema de triagem, por si só, não garante a efetividade de um serviço de urgência, exigindo que tal serviço esteja estruturado e organizado, com fluxos de atendimento estabelecidos, de forma a permitir rápida rotatividade de pacientes.

Portanto, parece haver um consenso de que o volume de trabalho, traduzido no número de pacientes em atendimento nas unidades de urgência, implica diretamente na qualidade e precisão desses atendimentos. Os resultados dessa pesquisa indicaram adequação no número de classificações realizadas pelos enfermeiros e observa-se uma flutuação desse quantitativo. No geral, no período diurno os valores entre mínimo e máximo se mantêm ao longo do período compreendido entre 7 e 19 horas; porém isso se modifica no horário noturno, com volume concentrado das 19 até as 23 horas, decaindo significativamente nos horários posteriores.

5.6 Avaliação da concordância da Classificação dos Pacientes Urgentes realizada pelo Enfermeiro do serviço e pelo Pesquisador

A literatura tem traduzido alguns estudos que avaliam a acurácia e concordância entre os profissionais no que se refere à classificação de risco segundo protocolos. Isso pode ser entendido como uma preocupação em relação à identificação de possíveis ajustes relativos à capacidade de priorização dos enfermeiros em relação a essa atividade.

A acurácia pode ser definida como a capacidade de uma dada variável representar o que ela realmente deveria representar (TOLEDO, 2009).

Buscando, então, analisar o quanto acurado foi o julgamento do profissional enfermeiro com relação à classificação de risco realizada pelo pesquisador, procurou-se avaliar a concordância da classificação do paciente obtida como urgente. Verificou-se que isso ocorreu em 84% das classificações, valor correspondente a 802 pacientes.

Os pacientes que foram subestimados corresponderam a 13,5% e os pacientes superestimados representaram 2,4%, o equivalente a 152 pacientes no total.

Os resultados do estudo de Toledo (2009), que investigou a acurácia dos enfermeiros na avaliação e na classificação de risco estabelecidas no protocolo institucional de um hospital municipal de Belo Horizonte, indicaram uma tendência dos profissionais em classificar com graus de risco menos graves do que o estabelecido. Em contrapartida, em alguns casos foi observada uma tendência de superestimação do risco, o que poderia ter determinado uma sobrecarga do serviço.

O Protocolo de Manchester tem sido considerado um bom preditor dos desfechos em relação à queixa dos pacientes e sua prioridade no atendimento. Para Coutinho et al. (2012), a revisão da literatura permitiu certificar que o STM já possui produção científica que o caracteriza como sistema válido e confiável, que pode ser utilizado com segurança em serviços de emergência. Segundo revisão integrativa de Souza (2015), o Protocolo de Manchester tem a capacidade de atribuir um mesmo nível de gravidade a um paciente quando usado por diferentes enfermeiros.

Os achados na literatura levam a inferir que o grau de concordância intra e entre avaliadores é maior quando se utiliza o Protocolo de Manchester e que a

confiabilidade do Protocolo de Manchester não é influenciada pela experiência de trabalho do enfermeiro (VAN DER WULP, 2008).

A disposição em fluxogramas direcionadores, estabelecida no Protocolo de Manchester, facilita a avaliação do enfermeiro, oferecendo maior segurança e neutralidade ao processo de classificação (SOUZA, 2011).

Desses pacientes cuja classificação foi divergente com a do pesquisador, a queixa mais prevalente foi “dispneia em adulto” e o discriminador mais definido para os pacientes superestimados foi “saturação de oxigênio baixa”. Já para os pacientes subestimados, o discriminador foi “dor moderada”, de acordo com a história colhida pelo enfermeiro no momento da classificação e as anotações realizadas em prontuários.

Entre as principais discordâncias identificadas nestes casos estão os dados de saturação de oxigênio e pulso anormal. O valor atribuído em prontuário à “saturação de oxigênio” era compatível com a classificação na cor verde, segundo o Protocolo de Manchester, e não amarela, como identificado pelo enfermeiro e em relação ao “pulso anormal”, a frequência cardíaca era um sinal identificado, porém, aparentemente, não era avaliado, o que poderia elevar a prioridade da classificação.

Cabe ressaltar a importância da avaliação presencial e a completa coleta de dados nesses casos, visto que, em grande parte das classificações discordantes, as histórias coletadas não eram completas para análise ideal com os dados disponíveis pelo protocolo, tendo como exemplo a falta de informações sobre intensidade, início, duração e irradiação da queixa, falta de dados sobre os sinais observados pelo enfermeiro que justificassem sua avaliação para classificação na prioridade escolhida, não utilização da escala de dor preconizada no Protocolo de Manchester, não observação de outros sinais mencionados na história que possibilitassem a escolha de uma prioridade superior à escolhida ou até dados divergentes em uma mesma coleta de dados.

É necessária a capacitação dos enfermeiros que atuam na classificação de risco para realizar a avaliação completa da queixa principal do paciente, uma vez que esta é conclusiva para a identificação do risco clínico do paciente (SOUZA, 2012).

No Brasil, para atuar na prática clínica utilizando o Protocolo de Manchester, é exigido que o enfermeiro tenha recebido capacitação e seja aprovado no curso de triador, ministrado pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Tal capacitação pode ser realizada na modalidade de curso presencial, com duração de

12 horas, ou na modalidade de ensino a distância, com carga horária de 30 horas (RAUSCH et al., 2015). Nas duas modalidades, o método de ensino consiste em aulas sobre a metodologia de triagem do Protocolo e na avaliação de casos clínicos que refletem situações comuns da prática clínica, em que os enfermeiros devem atribuir um nível de risco para o paciente explicitado em cada caso, seguindo a metodologia de triagem do Protocolo (SOUZA, 2016).

Coutinho e colaboradores (2012) apontam que uma correta classificação de risco é dependente do treinamento e da experiência do enfermeiro na aplicação do STM. Os estudos que mostraram baixa sensibilidade para detectar o paciente emergente e muito urgente relacionaram o resultado também com a capacidade do enfermeiro em classificar corretamente. Demonstram, também, a importância da auditoria como elemento de aprimoramento e melhoria do acerto da categoria de prioridade da triagem, o que vai na direção do objetivo desse estudo.

Na prática clínica, observa-se que uma das possíveis causas de divergência entre a classificação dos enfermeiros é a definição operacional dos discriminadores. Muitos destes são repetidos e não apresentam descrição clara da forma como devem ser avaliados (SOUZA, 2015).

Estudo realizado em um hospital universitário do interior paulista identificou que foi necessária a revisão dos valores de cortes dos sinais vitais, em protocolo de classificação de risco, visto que havia discordâncias entre a avaliação dos pesquisadores, devido a uma discreta alteração de frequência cardíaca, o que elevou o grau de prioridade na classificação do paciente. Portanto, é de extrema importância que os enfermeiros considerem alterações discretas que poderão evoluir para graves repercussões hemodinâmicas (SILVA et al., 2014).

Duro et al. (2014) apontam que um grande obstáculo encontrado por enfermeiros para realizar a classificação de risco está na dificuldade da equipe médica em aceitar a priorização do risco atribuída pelos enfermeiros na classificação de risco. Essa forma de organização, com a modalidade de atendimento interdisciplinar, torna cada membro da equipe fundamental para o sucesso do processo, mas pode representar uma ameaça à hegemonia médica, presente nos serviços de saúde. Porém, dessa maneira, pode-se observar que a comunicação entre a equipe se traduz em melhora na qualidade assistencial das necessidades dos pacientes. Essa interação aumenta a credibilidade no atendimento prestado, visto que toda a equipe participa da assistência ao paciente, compartilhando dos diferentes conhecimentos

profissionais.

Acosta, Duro e Lima (2012), em uma revisão integrativa sobre a atuação do enfermeiro na classificação de risco, demonstraram que o enfermeiro analisa os sinais psicológicos, interpessoais e comunicativos do paciente, para acolher e averiguar a fidedignidade da informação clínica. Assim, os aspectos sociais e o contexto de vida em que o usuário se encontra influenciam o trabalho do enfermeiro na classificação de risco.

O enfermeiro utiliza a avaliação intuitiva para exercer a classificação a partir da aparência física e do modo como o paciente apresenta o seu problema, apesar de o protocolo utilizar dados clínicos objetivos. Cada indivíduo busca a resolução de seus problemas de maneira individualizada, o que nem sempre pode ser avaliado pelo profissional de forma segura.

Silva et al. (2014) argumentam que o conhecimento e a experiência na classificação de risco são fatores apontados por diversos estudos como essenciais para a decisão sobre em qual prioridade classificar o paciente.

Posto isso, observa-se que a experiência clínica e a experiência de atuação do enfermeiro na classificação de risco, o conhecimento da organização e o funcionamento do serviço das redes do município para as quais os pacientes podem ser referenciados, juntamente com a utilização do Protocolo de Manchester, tornam esse enfermeiro mais capacitado para designar a prioridade de atendimento desses pacientes e melhorar a resolutividade e assistência à saúde da população.

Diante do exposto, recomenda-se a realização de estudos futuros que avaliem a habilidade dos enfermeiros do serviço de urgência investigado quanto ao nível de prioridade dos pacientes e que a instituição organize e planeje a execução de programas educacionais de capacitação contínua desses profissionais, valorizando sua expertise na triagem e melhorando a segurança deles no uso do Protocolo de Manchester.

Quanto às limitações do estudo, consideramos que a escolha dos pacientes classificados como amarelos possibilitou uma análise parcial do quadro de atendimentos no serviço, não permitindo identificar questões dos tempos em outros níveis de classificação, o que consideramos essencial em relação à observância do Protocolo de Manchester, instituído pela unidade de urgência e emergência. Há de se considerar, entretanto, que, para o presente estudo, a amostra foi intencional, relativa aos pacientes considerados urgentes, que mostraram ser os prevalentes. E ainda a seleção de um único mês de funcionamento da unidade, que refletiu um dado contexto, deve ser visto com cautela, sendo recomendado considerar uma ampliação no período de análise, tendo em vista a influência da sazonalidade no perfil de atendimentos nesse serviço.

Outro aspecto refere-se às dificuldades na coleta de dados, pois nem todas as informações pretendidas para a pesquisa foram disponibilizadas. Para se obtê-las, seria necessária a análise dos prontuários dos pacientes atendidos, o que se tornou inviável. Assim, por exemplo, a distinção das altas, entre alta óbito ou alta médica, não pôde ser realizada, como também não houve a análise do tempo de espera para o atendimento médico após a reclassificação dos pacientes, visto que esse foi um dado que apresentava incongruência cronológica. Além disso, na Instituição, os casos encaminhados via atendimento pré-hospitalar móvel, viaturas policiais e bombeiros adentram, imediatamente, para a classificação de risco, podendo ocasionar um tempo superestimado dos demais pacientes em relação ao tempo de espera para o atendimento na classificação de risco.

Colocado isso, avalia-se como positiva a análise da pesquisa, com a obtenção de dados que permitiram a caracterização da unidade de urgência e emergência e de sua clientela e a identificação da adequação em relação aos tempos de atendimento preconizados pelo protocolo utilizado na unidade no que diz respeito aos pacientes urgentes.

7 CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo permitiram concluir que:

- os atendimentos realizados na unidade de urgência e emergência segundo a cor obtida pela classificação de risco do Protocolo de Manchester foram majoritariamente amarelo, 42,7% (1822), seguido pelo verde, 39% (1665), laranja, 13,7% (585), branco, 3% (127), vermelho, 1% (42), e azul, 0,6% (25);
- quanto à caracterização dos usuários atendidos no serviço, 53,1 % (507) dos pacientes eram do sexo feminino e 69% (658) dos pacientes tinham menos de 60 anos de idade;
- a procura pelo serviço ocorreu, em 66,2% (632) dos casos, no período diurno;
- em relação aos tempos de atendimento, entre o tempo de retirada da senha e a entrada na classificação de risco, 49,3 % (470) dos atendimentos estavam em conformidade com o Protocolo de Manchester. A duração da classificação de risco para 64,7% (617) dos pacientes foi de até 3 minutos. O tempo da saída da classificação de risco e o início do atendimento médico, em 99,5% (950) dos pacientes, ocorreu em até 60 minutos e 59,1% (564) dos pacientes tiveram a finalização do desfecho em até 3 horas;
- o fluxograma mais identificado pelo enfermeiro na classificação de risco foi “problemas em extremidades” e o discriminador foi “dor moderada”;
- não houve diferença entre o tempo de espera para ser atendido pelo enfermeiro na classificação de risco entre os pacientes com idade de 18 a 59 anos, comparado àqueles a partir de 80 anos;
- observou-se que quanto maior a idade, mais tempo durou a classificação de risco, sendo que a partir de 60 anos, o tempo mediano foi de quatro minutos e menores de 60, dois minutos, já o início do atendimento médico ocorreu mais rapidamente na faixa etária dos pacientes a partir de 60 anos;
- verificou-se, que para pacientes com idade igual ou superior a 60 anos ampliou-se o tempo para finalização do desfecho clínico;
- quanto ao desfecho clínico, 91% (868) dos pacientes evoluíram para alta do serviço, 7,9% (75) foram internados e 1,1% (11) dos pacientes encaminhados para o serviço especializado;
- a mediana de pacientes classificados por hora entre os enfermeiros foi de 13 pacientes, como sugerido pelo Protocolo de Manchester;

- a concordância entre a classificação do paciente urgente feita pelo enfermeiro do serviço de urgência e emergência e pelo pesquisador foi de 84% (802).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há um consenso quanto à complexidade da rede de urgência e emergência no Brasil, considerando a diversidade de componentes que a estruturam. Busca-se, ainda, uma integração mais eficaz entre os diferentes níveis de atenção, com o estabelecimento de uma política de regulação mais efetiva e eficiente, de modo a evitar a superlotação e a desqualificação desse tipo de atendimento.

O objetivo primordial dos serviços deve ser o de minimizar ao máximo o tempo de espera entre a chegada ao serviço e o atendimento médico. Para tal, a reorganização e o fortalecimento da atenção básica nos parecem essenciais, de modo que os usuários se sintam acolhidos em relação a suas diferentes demandas. Identifica-se que a superlotação nesses serviços não possui uma causa isolada, mas advém de fatores que vão desde fragilidades de gestão até desinformação dos usuários, com predomínio de casos classificados com menor urgência. Nessa direção, um trabalho permanente junto aos usuários deve ser realizado, de modo a sensibilizá-los quanto à necessidade de se evitar a busca de solução por problemas de saúde que não apresentam riscos de agravos nessas unidades e que poderiam ser atendidos em serviços de saúde que disponibilizam tecnologias de atendimento de menor complexidade, disponíveis na atenção primária.

Entretanto, os profissionais dos serviços de urgência devem prestar atendimento aos usuários independentemente da gravidade. Nessa direção, deve-se ressaltar que é essencial a utilização do protocolo no acolhimento, com o objetivo de estabelecer o tempo de espera e o atendimento pela gravidade de cada caso, e não por ordem de chegada, pois isso contribui para a organização do serviço e equidade no acesso. Consoante com isso, o protocolo embasa a classificação de risco realizada pelo enfermeiro, oferecendo respaldo técnico-científico e uma atuação segura para este profissional. Faz-se imprescindível que esse profissional tenha uma escuta qualificada para estar atento a todos os problemas que poderão elevar o grau de prioridade dos pacientes.

A adoção de instrumentos de gestão de risco clínico adaptados e validados para a realidade brasileira tem se mostrado vital para assegurar a inclusão da totalidade dos atendimentos, minimizando viés de seleção, sendo capaz de prever a evolução clínica dos pacientes. Evidências têm apontado para experiências exitosas de mudanças na organização e qualidade de atendimento após a adoção do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester pelas instituições de saúde.

São necessários mais estudos que envolvam toda a equipe profissional

que, de alguma forma, atue na classificação de risco, já que esta ação desencadeia a assistência de outros profissionais nesse processo de trabalho, além de estudos que abordem os tempos de atendimento dos pacientes classificados como branco, azul e verde, como forma de priorizar as necessidades desses pacientes e organizar o fluxo entre atenção primária e serviços de emergências.

REFERÊNCIAS⁴

⁴ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ACOSTA, A.M.; DURO, C.L.M.; LIMA, M.A.D.S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.4, pp.181-190, 2012.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Measure summary NQMC-6113- Emergency department (ED)**: median time from ED arrival to time of departure from the emergency room for patients admitted to the facility from the ED. National Quality Measures Clearinghouse. Rockville, MD.USA: Agency for Healthcare Research and Quality, 2012. Disponível em: <<http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=32829&search=waiting+time>>. Acesso em: 04 jan. 2019.

ALVES, M.L.F.; GUEDES, H.M.; MARTINS, J.C.A.; CHIANCA, T.C.M. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.25, n.4, pp.469-475, 2015.

AMARAL, P.M.F. **Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam**. Dissertação (Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017.

ANZILIERO, F. **Emprego do sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco**: Revisão de literatura. Trabalho de conclusão de curso. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

AZEREDO, T.R.M. et al. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. **International Emergency Nursing**, v.23, n.2, pp.47-52, 2015.

BECKER, J.B. et al. Triagem no Serviço de Emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.49, n.5, pp.783-789, 2015.

BELLUCCI JÚNIOR, J.A. et al. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Rev. Enferm. UERJ**, v.23, n.1, pp.82-7, 2015.

BOHN, M.L.S. **Classificação de risco Manchester**: Opinião dos enfermeiros do Serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.863**. Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.864**. Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de auto-aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390**. Brasília, 2013.

CAVALCANTE, R.B.; RATES, H.F.; SILVA, L.T.C.; MELLO, R.A.; DAYRREL, K.M.B. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.2, n.3, pp.428-437, 2012.

CHIANCA, T.C.M. et al. Tempos de espera para atendimento usando Sistema de Triagem de Manchester em um hospital de urgência. **REME – Rev. Min. Enferm.** 2016.

COELHO, C.F.C.; STEIN, A.T. Acolhimento com classificação de risco: análise dos atendimentos não urgentes em um hospital regional. **Revista Brasileira Pesquisa Saúde**, v.18, n.2, pp.112-120, 2016.

COFEN. **Parecer n. 03/2014**. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/10/PARECER-CTLN-N-03-2014.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2018.

COFEN. **Resolução n. 423/2012**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 27 set. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS (COREN-MG). **Parecer técnico 136/2011**. Disponível em: <<http://www.corenmg.gov.br/anexos/Parecer%20T%C3%A9cnico%20136.2011.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS (COREN-MG). **Parecer técnico 01/2016**. Disponível em: <<http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/56feb842ed878.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Parecer técnico 001/2012**. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2012_1_0.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

CORDEIRO JÚNIOR, W.; TORRES, B.L.B.; RAUSCH, M.C.P. **Sistema Manchester de classificação de risco**: comparando modelos. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2014. Disponível em:

<<http://gbcr.org.br/public/uploads/filemanager/source/53457bf080903.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2017.

COUTINHO, A.A.P.; CECILIO, L.C.O.; MOTA, J.A.C. Classificação de risco em serviços de emergência: Uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.22, n.2, pp.188-198, 2012.

DINIZ, A.S.; SILVA, A.P.; SOUZA, C.C.; CHIANCA, T.C.M. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o Protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.16, n.2, pp.312-20, 2014.

DURO, C.L.M. et al. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Revista Rene**, v.15, n.3, pp.447-454, 2014.

FARROHKNIA, N. et al. Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v.19, n.42, 2011.

FEIJÓ, V.B.R.; CORDONI JUNIOR, L.; SOUZA, R.K.T.; DIAS, A.O. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde debate**, v.39, n.106, pp.627-636, 2015.

FRANCO, B. **Análise do Sistema de Triagem de Manchester como subsídio para o diagnóstico de enfermagem**. 2015. Dissertação. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FRANCO, B. et al. Associações entre discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester e diagnósticos de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.39, pp.1-10, 2018.

FURTADO, B.M.A.S.M.; ARAÚJO, J.R.J.L.C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.7, n.3, pp.279-289, 2004.

GONÇALES, P.C.; PINTO JÚNIOR, D.; SALGADO, P.O.; CHIANCA, T.C.M. Relação entre estratificação de risco, mortalidade e tempo de permanência em um hospital de urgência. **Invest. Educ. Enferm.**, v.33, n.3, p.424-431, 2015.

GUEDES, H.M. et al. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Revista de Enfermagem Referência**, v.4, n.1, p.37-44, 2014.

GUEDES, H.M. et al. Relação entre queixas apresentadas por pacientes na urgência e o desfecho final. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.4, pp.587-594, 2015.

JONES, K.M.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema de Manchester de classificação de risco: classificação de risco na Urgência e Emergência**. 1ª Edição Brasileira. Editora: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

- MACHADO, G.V.; OLIVEIRA, F.V.P.; BARBOSA, H.; GIATTI, L.; BONOLO, P.F. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência. **Cad. Saúde Coletiva**, v.23, n.4, 2015.
- MENDES, T.J.M. **Avaliação de um protocolo de acolhimento com classificação de risco em relação à capacidade de prever o desfecho clínico**. 2017. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
- OLIVATI, F.N. et al. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. **RFO UPF**, v.15, n.3, pp.247-52, 2010.
- OLIVEIRA, G.N.; SILVA, M.F.N.; ARAÚJO, I.E.M.; CARVALHO FILHO, M.A. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.3, 2011.
- OLIVEIRA, J.L.C. et al. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.26, n.1, pp.1-8, 2017.
- PINTO JÚNIOR, D.; SALGADO, P.O.; CHIANCA, T.C.M. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: Avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.6, 2012.
- PINTO, P.S. **Aplicação do Sistema de Triagem de Manchester pelo enfermeiro: valores, conceitos e significados**. 2015. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Minas Gerais.
- POLIT, D.F.; BECK, C.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
- RABELLO, A.E. et al. Acolhimento e a classificação de risco: possibilidades e desafios para a acessibilidade em um serviço de urgência. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.20, n.1, pp.49-58, 2018.
- RAUSCH, M.C.P et al. Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências. **Grupo Brasileiro de Classificação de Risco**, 2015. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/public/uploads/filemanager/source/54c127352e3b2.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2017.
- ROSETTI, K.A.G.; TRONCHIN, D.M.R. Avaliação da conformidade da prática assistencial de manutenção do cateter temporário duplo lúmen para hemodiálise. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.1, pp.129-135, 2014.
- SANTOS FILHO, L.A.M. **Revisão sistemática do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco**. Salvador: 2013. Monografia de Conclusão do Curso de Medicina, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da

Bahia.

SHIROMA, L.M.B.; PIRES, D.E.P. Classificação de risco em emergência – Um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enferm. Foco**, v.2, n.1, pp.14-17, 2011.

SILVA, F.N.M. **Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes de uma unidade de emergência**. 2010. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

SILVA, M.F.N. et al. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.22, n.2, pp.218-225, 2014.

SOUZA, C.C. **Análise da confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester para determinar o grau de prioridade de pacientes em serviços de urgência**. Belo Horizonte: 2016. Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

SOUZA, C.C.; TOLEDO, A.D.; TADEU, L.F.R.; CHIANCA, T.C.M. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.1, 2011.

SOUZA, C.C.; CHIANCA, L.M.; DINIZ, A.S.; CHIANCA, T.C.M. Principais queixas de pacientes de urgência segundo o protocolo de classificação de risco de Manchester. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.6, n.3, pp.540-548, 2012.

SOUZA, C.C. et al. Percepção do enfermeiro sobre a realização da classificação do risco no serviço de urgências. **Investigación y Educación em Enfermería**, v.32, n.1, 2014.

SOUZA, T.H.; ANDRADE, S.R. Acolhimento com classificação de risco: um indicador da demanda emergencial de um serviço hospitalar. **Cogitare Enferm.**, v.19, n.4, pp.701-708, 2014.

SOUZA, C.C.; ARAÚJO, F.A.; CHIANCA, T.C.M. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: Revisão integrativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.49, n.1, pp.144-151, 2015.

STORM-VERSLOOT, M.N. et al. Influence of the Manchester Triage System on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study. **Emerg. Med. J.**, v.31, n.1, pp.13-8, 2014.

TANCCINI, T. **Sistema Manchester**: tempo despendido na classificação de risco, prioridades estabelecidas e desfecho clínico dos pacientes atendidos na maior emergência do sul do Brasil. 2014. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

TOLEDO, A.D. **Acurácia de enfermeiro na classificação de risco em unidade de pronto-socorro de um hospital municipal de Belo Horizonte**. 138 p. Escola de Enfermagem/UFMG, 2009. Belo Horizonte-MG.

VAN DER WULP, I.; VAN BAAR, M.E.; SCHRIJVERS, A.J. Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study. **Emerg. Med. J.**, v.25, n.7, pp.431-434, 2018.

VITURI, D.W. et al. Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n.5, 2013.

APÊNDICE A – Formulário para coleta de dados

Enfermeiro classificador: _____

Período: () DIURNO () NOTURNO

Dia do atendimento: ____ de junho 2017.

Código do paciente: _____ Nº do atendimento: _____

: () F () M idade: ____ anos

HORÁRIOS:

- RETIRADA DA SENHA: ____ h ____ min
- ENTRADA NA CLASSIFICAÇÃO: ____ h ____ min
- SAÍDA DA CLASSIFICAÇÃO: ____ h ____ min
- INÍCIO DO ATENDIMENTO MÉDICO: ____ h ____ min
- FINALIZAÇÃO DO DESFECHO CLÍNICO: ____ h ____ min

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

FLUXOGRAMA _____

DISCRIMINADOR _____

DESFECHO CLÍNICO:

() ALTA

() INTERNAÇÃO Setor: _____

() AMBULATÓRIO

ANEXO A – Protocolo de Manchester – Fluxograma de dor torácica

Fonte: JONES; MARSDEN; WINDLE. **Sistema de Manchester de classificação de risco:** classificação de risco na urgência e emergência, 2010.

ANEXO B – Discriminadores de dor torácica

Notas: DOR TORÁCICA	
<i>Veja também:</i>	<i>Notas do fluxograma</i>
	Dor torácica é uma apresentação comum nos serviços de urgência, representando de 2 a 5% dos eventos. Causas de dor torácica vão desde o infarto agudo do miocárdio até irritações musculares e sua classificação é absolutamente fundamental. São usados discriminadores gerais para risco de vida e dor. Discriminadores específicos incluem tipo e gravidade da dor (cardíaca ou pleural) ou alteração de pulso.
<i>Discriminadores específicos</i>	<i>Explicação</i>
Dispneia aguda	Fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica.
Dor precordial	Dor em aperto ou peso no meio do peito, que pode estar irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Podem-se associar sudorese e náuseas.
Dor pleurítica	Dor em fincada localizada no peito, que piora com respiração, tosse ou espirro.
História cardíaca importante	Uma arritmia conhecida recorrente ameaçadora de vida ou cardiopatia que pode se deteriorar rapidamente (doença coronariana).
Pulso anormal	Bradicardia (< 60/min em adultos), taquicardia (>100/min em adultos) ou em ritmo irregular. Na criança, deve-se definir bradicardia e taquicardia conforme a idade.
Vômitos persistentes	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.

Fonte: JONES; MARSDEN; WINDLE. **Sistema de Manchester de classificação de risco:** classificação de risco na urgência e emergência, 2010.

ANEXO C – Comitê de ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sob o protocolo de número CAAE 83165718.1.0000.5393

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de um serviço de urgência e emergência hospitalar segundo o protocolo de Manchester e desfecho clínico

Pesquisador: MARILIA LELE RINALDI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83165718.1.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.594.040

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como finalidade avaliar o serviço de urgência e emergência hospitalar segundo o protocolo de Manchester e o desfecho clínico dos pacientes. O protocolo de Manchester visa determinar o grau de risco de pacientes em serviços de urgência. Estudo descritivo, transversal a ser realizado em um Hospital Geral, com foco na filantropia e atendimento público, particular e conveniado em uma cidade no interior de São Paulo. A instituição possui um sistema próprio de auditoria, denominado Sistema de Auditoria da Classificação de Risco do Protocolo de Manchester, onde é possível identificar os atendimentos realizados no mês e as cores classificadas. Serão selecionados os prontuários eletrônicos dos pacientes para analisar as Classificações dos pacientes atendidos no Serviço de Urgência e o desfecho do caso. Será utilizado um formulário para coleta dos dados elaborado exclusivamente para este trabalho, contendo: iniciais do paciente, número de prontuário, data de nascimento, sexo, idade, hora de chegada no serviço de urgência e emergência data e hora do atendimento na classificação de risco, hora do atendimento médico, fluxograma do Protocolo, Discriminador do Protocolo, cor classificada, queixa do paciente, tempo de espera entre a classificação e o atendimento médico, encaminhamentos pós-atendimento: alta, internação, óbito, evasão ou alta a pedido do paciente. Para a realização do plano amostral foi utilizada a Amostragem Estratificada com alocação proporcional por estratos. Cada estrato foi formado pelos meses de janeiro a dezembro de 2017. Ao realizarmos este cálculo, identificamos um tamanho amostral de 2305 pacientes, sendo que estes serão sorteados proporcionalmente segundo os

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.594.040

atendimentos do mês. Os dados coletados nos prontuários serão digitados em planilha do Microsoft Excel com dupla digitação e validação. Para a análise dos dados será utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17. Serão realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas e média ou mediana, a depender da distribuição dos dados, para variáveis contínuas. Para testar a associação entre destino (alta ou internação) e a classificação do paciente utilizaremos o teste Qui-quadrado de Person, sendo que será adotado o nível de significância de 5%.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Avaliar o serviço de urgência e emergência hospitalar segundo o protocolo de Manchester e o desfecho clínico dos pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as variáveis demográficas e clínicas dos pacientes;

Caracterizar os atendimentos dos pacientes quanto às cores, discriminadores e fluxograma característicos no protocolo pré-estabelecido na classificação de risco;

Verificar a relação entre a classificação de risco atribuída ao paciente e o seu desfecho secundário (alta, internação ou óbito);

Identificar os tempos de atendimento (entrada na unidade de urgência e emergência, entrada e saída da classificação de risco, entrada para o atendimento médico e saída da unidade de urgência e emergência);

Caracterizar a sazonalidade segundo os atendimentos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Os riscos possíveis desta pesquisa são mínimos e referem-se ao manejo das informações referentes ao paciente.

Benefícios

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.594.040

atendimentos do mês. Os dados coletados nos prontuários serão digitados em planilha do Microsoft Excel com dupla digitação e validação. Para a análise dos dados será utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17. Serão realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas e média ou mediana, a depender da distribuição dos dados, para variáveis contínuas. Para testar a associação entre destino (alta ou internação) e a classificação do paciente utilizaremos o teste Qui-quadrado de Person, sendo que será adotado o nível de significância de 5%.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Avaliar o serviço de urgência e emergência hospitalar segundo o protocolo de Manchester e o desfecho clínico dos pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as variáveis demográficas e clínicas dos pacientes;

Caracterizar os atendimentos dos pacientes quanto às cores, discriminadores e fluxograma característicos no protocolo pré-estabelecido na classificação de risco;

Verificar a relação entre a classificação de risco atribuída ao paciente e o seu desfecho secundário (alta, internação ou óbito);

Identificar os tempos de atendimento (entrada na unidade de urgência e emergência, entrada e saída da classificação de risco, entrada para o atendimento médico e saída da unidade de urgência e emergência);

Caracterizar a sazonalidade segundo os atendimentos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Os riscos possíveis desta pesquisa são mínimos e referem-se ao manejo das informações referentes ao paciente.

Benefícios

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.594.040

Investigador	projeto.pdf	11/02/2018 18:35:24	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Outros	resumo.pdf	11/02/2018 18:34:02	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Outros	termo_encaminhamento.pdf	11/02/2018 18:33:36	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	11/02/2018 18:28:31	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	11/02/2018 18:28:00	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	11/02/2018 18:27:33	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	11/02/2018 18:25:47	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	11/02/2018 18:24:43	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/02/2018 18:22:34	MARILIA LELE RINALDI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 11 de Abril de 2018

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.594.040

Investigador	projeto.pdf	11/02/2018 18:35:24	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Outros	resumo.pdf	11/02/2018 18:34:02	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Outros	termo_encaminhamento.pdf	11/02/2018 18:33:36	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	11/02/2018 18:28:31	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	11/02/2018 18:28:00	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	11/02/2018 18:27:33	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	11/02/2018 18:25:47	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	11/02/2018 18:24:43	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/02/2018 18:22:34	MARILIA LELE RINALDI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 11 de Abril de 2018

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.594.040

Investigador	projeto.pdf	11/02/2018 18:35:24	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Outros	resumo.pdf	11/02/2018 18:34:02	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Outros	termo_encaminhamento.pdf	11/02/2018 18:33:36	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	11/02/2018 18:28:31	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	11/02/2018 18:28:00	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	11/02/2018 18:27:33	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	11/02/2018 18:25:47	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	11/02/2018 18:24:43	MARILIA LELE RINALDI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/02/2018 18:22:34	MARILIA LELE RINALDI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 11 de Abril de 2018

Assinado por:

RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.594.040

Esta pesquisa poderá contribuir para a organização do serviço de urgência e emergência desta instituição, com uma maior resolutividade do atendimento, melhoria da assistência aos usuários e adequação de necessidades de recursos humanos e materiais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aborda temática relevante, os objetivos estão claramente expressos e o percurso metodológico permite o alcance dos mesmos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto devidamente preenchida e assinada pela diretora da EERP-USP; com inclusão de 2305 participantes; ofício de encaminhamento ao CEP/EERP/USP; autorização para realização da pesquisa concedida pelo chefe do serviço de urgência e emergência da Santa Casa de São Carlos; orçamento detalhado com previsão de financiamento próprio; cronograma exequível; projeto de pesquisa e ofício solicitando dispensa do TCLE devida a previsão de consulta de dados no prontuário.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 241ª reunião ordinária do CEP-EERP/USP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1071523.pdf	11/02/2018 18:38:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto.pdf	11/02/2018 18:35:24	MARILIA LELE RINALDI	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.594.040

atendimentos do mês. Os dados coletados nos prontuários serão digitados em planilha do Microsoft Excel com dupla digitação e validação. Para a análise dos dados será utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17. Serão realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas e média ou mediana, a depender da distribuição dos dados, para variáveis contínuas. Para testar a associação entre destino (alta ou internação) e a classificação do paciente utilizaremos o teste Qui-quadrado de Person, sendo que será adotado o nível de significância de 5%.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Avaliar o serviço de urgência e emergência hospitalar segundo o protocolo de Manchester e o desfecho clínico dos pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as variáveis demográficas e clínicas dos pacientes;

Caracterizar os atendimentos dos pacientes quanto às cores, discriminadores e fluxograma característicos no protocolo pré-estabelecido na classificação de risco;

Verificar a relação entre a classificação de risco atribuída ao paciente e o seu desfecho secundário (alta, internação ou óbito);

Identificar os tempos de atendimento (entrada na unidade de urgência e emergência, entrada e saída da classificação de risco, entrada para o atendimento médico e saída da unidade de urgência e emergência);

Caracterizar a sazonalidade segundo os atendimentos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Os riscos possíveis desta pesquisa são mínimos e referem-se ao manejo das informações referentes ao paciente.

Benefícios

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de um serviço de urgência e emergência hospitalar segundo o protocolo de Manchester e desfecho clínico

Pesquisador: MARILIA LELE RINALDI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83165718.1.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.594.040

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como finalidade avaliar o serviço de urgência e emergência hospitalar segundo o protocolo de Manchester e o desfecho clínico dos pacientes. O protocolo de Manchester visa determinar o grau de risco de pacientes em serviços de urgência. Estudo descritivo, transversal a ser realizado em um Hospital Geral, com foco na filantropia e atendimento público, particular e conveniado em uma cidade no interior de São Paulo. A instituição possui um sistema próprio de auditoria, denominado Sistema de Auditoria da Classificação de Risco do Protocolo de Manchester, onde é possível identificar os atendimentos realizados no mês e as cores classificadas. Serão selecionados os prontuários eletrônicos dos pacientes para analisar as Classificações dos pacientes atendidos no Serviço de Urgência e o desfecho do caso. Será utilizado um formulário para coleta dos dados elaborado exclusivamente para este trabalho, contendo: iniciais do paciente, número de prontuário, data de nascimento, sexo, idade, hora de chegada no serviço de urgência e emergência data e hora do atendimento na classificação de risco, hora do atendimento médico, fluxograma do Protocolo, Discriminador do Protocolo, cor classificada, queixa do paciente, tempo de espera entre a classificação e o atendimento médico, encaminhamentos pós-atendimento: alta, internação, óbito, evasão ou alta a pedido do paciente. Para a realização do plano amostral foi utilizada a Amostragem Estratificada com alocação proporcional por estratos. Cada estrato foi formado pelos meses de janeiro a dezembro de 2017. Ao realizarmos este cálculo, identificamos um tamanho amostral de 2305 pacientes, sendo que estes serão sorteados proporcionalmente segundo os

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br