

ENFERMAGEM E PROTOCOLO DE MANCHESTER: revisão bibliográfica

(1) André Ricardo Bezerra Bonzi; (2) Daniel Sarmento Bezerra; (3) Ramayana Adolfo Sabino Medeiros de Brito; (4) Waléria Bastos; (5) Rayane Santos Alves

(2) Faculdade UNINASSAU – bonzipb@gmail.com; (2) Faculdade de Medicina Nova Esperança – sarmentomedaniel@gmail.com; (3) Faculdade UNINASSAU – ramaadolfo9@gmail.com; (4) Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – walériabastos@hotmail.com (5) Faculdade UNINASSAU – rayane-fleur@hotmail.com

RESUMO:

Os Serviços de Urgência e Emergência tem um papel importante por oferecer atendimentos 24 horas para demandas ocasionadas por doenças agudas e crônicas. O pronto atendimento é feito de acordo com a classificação de risco que organiza o atendimento em escala de gravidade. O objetivo da referente pesquisa é buscar na literatura científica qual o papel da enfermagem na classificação de risco ao utilizar o protocolo de Manchester após levantada a seguinte questão: Qual o papel da enfermagem na classificação de risco ao utilizar o Protocolo de Manchester? O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de revisão integrativa de literatura. Os artigos foram selecionados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados, LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). Existe uma busca desordenada por atendimento nos serviços de urgência e emergência e os profissionais da enfermagem precisam aperfeiçoar a triagem para garantir que os pacientes sejam atendidos de acordo com a prioridade. Assim, o enfermeiro deve estar capacitado para atuar com humanização e agilidade. A implementação do protocolo de Manchester visa dar celeridade ao atendimento nas urgências e emergências sendo uma ferramenta útil para os enfermeiros. A análise dos diversos artigos disponíveis possibilitou verificar que ainda estamos distantes de um serviço padrão, mas que já existem rotinas de ações que buscam uniformizar os serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro. Saúde Pública. Triagem.

INTRODUÇÃO

Os Serviços de saúde de Urgência e Emergência brasileiros oferecem atendimentos 24 horas seja para demandas por doenças agudas ou crônicas, seja para traumas e/ou violências. O pronto atendimento é feito de acordo com a classificação de risco, esta organiza-o de acordo com a gravidade. Ademais, articulando-se aos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde

o que implica em resolutividade, já que existe uma superlotação causada pela livre demanda (SILVA et al, 2013).

No Brasil, a sistema de Manchester, originado na Inglaterra, teve sua implantação no ano de 2008, como projeto piloto para reduzir a superlotação na porta de prontos-socorros e hospitais. O mesmo tem embasamento na portaria 2.048 de 05/11/2002 do Ministério da Saúde e congrega aos enfermeiros e médicos através de ações organizadas e sincrônicas que evoluem no atendimento completo e versátil dentro dos Serviços de Urgência e Emergência (GUEDES et al, 2015).

Portanto, o papel da enfermagem se destaca, já que o mesmo está na linha de frente do atendimento e por este motivo, torna-se, o responsável pela aplicação do protocolo e a respectiva classificação de risco. Anteriormente a triagem era feita por profissionais da enfermagem que não estavam devidamente capacitados o que trazia graves danos à saúde do paciente (ACOSTA et al, 2012; GUEDES et al, 2015).

Além disso, o enfermeiro é o profissional da equipe multiprofissional empoderado para executar o processo de classificação de risco e priorização (ACOSTA et al, 2012; DINIZ et al, 2014).

Desta forma, diante das questões exemplificadas no texto acima, a escolha do tema, se deu por perceber as dificuldades enfrentadas pelas equipes de enfermagem em alguns serviços de urgência e emergência. O objetivo da referente pesquisa é buscar na literatura científica qual o papel da enfermagem na classificação de risco ao utilizar o protocolo de Manchester. O estudo teve como pergunta norteadora: Qual o papel da enfermagem na classificação de risco ao utilizar o Protocolo de Manchester?

MÉTOD

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de revisão integrativa de literatura. Realizou-se uma revisão sobre as produções científicas com base no papel da enfermagem na classificação de risco ao utilizar o protocolo de Manchester.

Os artigos foram selecionados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados, LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). Os descritores utilizados foram: enfermagem e triagem, com o objetivo de facilitar as buscas nas bases de dados. O universo da pesquisa foi composto por artigos online relacionados com o papel da enfermagem na classificação de risco utilizando o protocolo de Manchester sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão: texto completo, publicações do tipo artigo, no período entre 2012 e 2017 e em língua portuguesa. Os

critérios de exclusão foram: dissertações, teses e estudos que não contemplassem a temática do trabalho.

Na busca inicial foram localizados 6.659 artigos dos quais 1803 estavam disponíveis na íntegra. Após a utilização de filtros restaram 147 artigos. Destes, foram selecionados 20, a partir da leitura do título para leitura na íntegra, e escolhidos 10 para compor a amostra. Os dados dos estudos incluídos na pesquisa foram categorizados, analisados e discutidos estabelecendo-se relações com a fundamentação teórica em foco. A amostra selecionada foi detalhada em um quadro contendo: ano, título, objetivo, bases de dados e resultados. Onde os artigos de 2013 e 2015 tiveram predomínio já que participaram cada um com 3 publicações. Além disso, a base de dados LILACS teve participação em 90% dos artigos utilizados na discussão.

Quadro 1- Distribuição dos artigos que elaboraram a amostra segundo ano, título, objetivo, base de dado e resultado.

Nº	Ano	Título	Objetivo	Bases de dados	Resultado
E1	2012	Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa	Identificar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre as atividades do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência	LILACS	Os resultados evidenciaram que as principais atribuições deste profissional são a avaliação do estado de saúde do usuário e a tomada de decisão, processo que necessita de conhecimento clínico e de tempo de experiência.
E2	2015	Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes	Analisar o valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester em relação à evolução clínica de pacientes	LILACS	Pacientes classificados como vermelho têm 5,9 vezes mais chance de evolução para óbito quando comparados aos demais. Pacientes de alta prioridade de atendimento têm chance 1,5 vezes maior de ficar internado mais de 5 dias do que os de baixa prioridade.
E3	2015	Classificação de risco em pediatria: construção e validação de um guia para enfermeiros	Construir e validar um guia abreviado do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em pediatria	LILACS	o estudo resultou num guia de classificação de risco pediátrico válido para avaliar a criança nos serviços de emergência.
E4	2013	Diagnósticos de enfermagem em	Identificar possíveis	MEDLINE	Percebeu-se que a utilização do protocolo de Manchester

		pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester	diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do protocolo Manchester		favorece a identificação de características definidoras e fatores relacionados/fatores de risco que subsidiam a elaboração de diagnósticos de enfermagem na classificação de risco.
E5	2016	Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência do interior paulista	Apresentar o perfil do setor de Unidade de Urgência e Emergência de um hospital do interior paulista, segundo o atendimento realizado pelo Sistema de Classificação de Risco.	LILACS	A utilização de protocolos de classificação de risco é benéfica para usuários e a equipe, pois padroniza o atendimento, diminui os riscos causados durante a espera e proporciona mais segurança para pessoas que utilizam serviços de urgência e emergência.
E6	2013	Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester	Identificar a presença da queixa de dor nos diferentes níveis de prioridade estabelecidos no protocolo deManchester.	LILACS	a dor esteve presente nos pacientes classificados nos níveis II, III, IV e V do protocolo de Manchester.
E7	2016	O pensar da enfermagem em serviço de urgência e emergência intra-hospitalar	Extraír do pensamento da enfermagem os elementos aplicados para a tomada de decisão no atendimento em urgência e emergência intra-hospitalar	LILACS	Evidenciou-se, no relato dos enfermeiros sobre o planejamento das ações de trabalho, um detrimento das ações assistenciais em relação às gerências e uma constante e diversa exigência em tomar decisões, que têm exclusividade em seu posicionamento
E8	2015	Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura	Identificar a viabilidade e confiabilidade do protocolo de Manchester	LILACS	Os protocolos direcionadores são necessários para guiar a avaliação do enfermeiro na classificação de risco e para diminuir o viés da subjetividade inerente ao processo de decisão clínica.
E9	2017	Protocolo de Manchester e	Compreender a visão do	LILACS	Há uma inversão de fluxo de usuários entre a rede básica e

		população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro	enfermeiro sobre a utilização do protocolo de Manchester e a população usuária na classificação de risco de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).		os serviços de urgência/emergência o que resulta em superlotação da UPA e sobrecarga de trabalho, advinda da falta de informação e comunicação eficaz do Sistema de Saúde (público-privado) para que os usuários conheçam a real função de um atendimento de urgência/emergência, e das fragilidades na gestão da UPA.
E10	2014	Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester	identificar a demanda clínica dos pacientes atendidos por enfermeiros na classificação de risco de uma Unidade de Pronto Atendimento, segundo o protocolo de Manchester	LILACS	Concluiu-se que os pacientes atendidos na classificação de risco apresentaram queixas urgentes e não urgentes. Quanto maior a faixa etária do paciente e mais tarde o horário de procura para atendimento, mais grave foi a sua condição clínica.

Fonte: Própria pesquisa, 2017.

A tabela 1 descreve os periódicos e a percentagem de participação de cada um deles nesta pesquisa. Destaque: Revista Brasileira de Enfermagem e Revista da Escola de Enfermagem da USP.

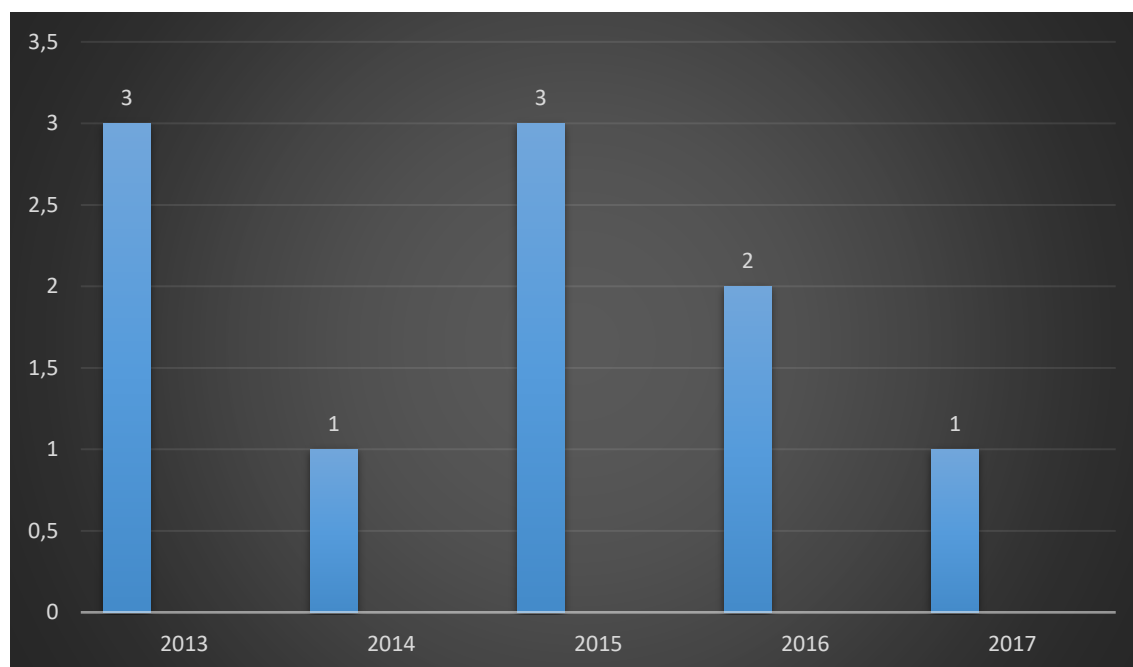
Tabela 1–Periódicos presentes na pesquisa.

PERIÓDICO	N	%
REVISTA GAÚCHA ENFERMAGEM	1	10
REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM	2	20
REVISTA ESCOLA DE ENFERMAGEM USP	2	20
CUIDARTE ENFERMAGEM	1	10
REVISTA ENFERMAGEM. CENTRO-OSTER MINAS	1	10
REVISTA DE ENFERMAGEM UFPE	1	10
REV. BAIANA ENFERMAGEM	1	10
REV. ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM	1	10
TOTAL	10	100%

Fonte: Pesquisa Própria, 2017.

O gráfico 1: Anos das publicações dos artigos sendo os anos de 2013 e 2015 os mais citados com 3 artigos por ano.

Gráfico 1: Anos de publicação dos artigos.



Fonte: Pesquisa Própria, 2017.

O objetivo da referente pesquisa é discutir qual o papel da enfermagem na classificação de risco ao utilizar o protocolo de Manchester.

O presente trabalho levantou a seguinte pergunta: Qual o papel da enfermagem na classificação de risco ao utilizar o Protocolo de Manchester?

DISCUSSÃO

Os serviços de urgência e emergência brasileiros, ultimamente, têm sido alvo de preocupação entre gestores, médicos e administradores; uma vez que o atendimento não emergencial tem elevado a demanda de forma contínua e crescente, o que prejudica o tratamento de pacientes em real situação de risco de vida (SILVA et al, 2013).

Os hospitais e pronto-atendimentos por serem de livre procura e entradas no sistema de saúde promovem uma busca desordenada por atendimento, e para aperfeiçoar e garantir que os mais graves sejam atendidos, torna-se indispensável à prática da classificação de risco dentro destes serviços (SILVA et al, 2013; SOUZA et al, 2013).

A superlotação é uma realidade atual dos serviços públicos e Prontos Atendimentos promovendo desorganização do atendimento e prejudicando os pacientes que realmente deveriam ser priorizados. Além disso, é notório que os serviços de urgência e emergência em nosso país não dispõem de capacidade para atender a grande quantidade de pacientes que buscam pelos serviços todos os dias, sendo a superlotação resultado de problemas organizacionais (SOUZA, ARAUJO, CHIANCA, 2014; RONCALLI et al, 2017).

Contudo, existem fatores adicionais que contribuem para a sobrecarga, como o crescimento populacional, os aumentos na incidência dos eventos oriundos de causas externas, doenças cardiovasculares e até a busca de atendimento para problemas simples que deveriam ser sanados pela Atenção Básica – AB (SILVA et al, 2013; VERAS et al, 2015).

Desta forma, há uma demanda de ações do Ministério da Saúde – MS para reorganização dos serviços e procedimentos técnicos para viabilizar o atendimento nos diferentes graus de especificidade (SOUZA; ARAUJO; CHIANCA, 2014).

Assim, nesse ínterim, foi inserido o Protocolo de Manchester ou Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), inicialmente na Inglaterra, na cidade de Manchester, no ano de 1997 e posteriormente adotado em muitos países. Com a utilização do protocolo o profissional ordena a prioridade de atendimento com base na avaliação clínica. Sendo assim, a classificação não é apenas uma triagem, pois a triagem em seu sentido nato implica numa técnica de escolha de quem será ou não atendido, garantindo a equidade no atendimento (ACOSTA et al, 2012).

Classificação de Risco na urgência e emergência

O atendimento de urgência e emergência se baseia em uma queixa inicial, ocasionada por sinal ou sintoma e que motiva o paciente a procurar o serviço de saúde. De início o método de classificação requer que o profissional selecione a situação da queixa do usuário na lista apresentada (SILVA et al, 2013).

A Classificação de risco é um processo dinâmico e executado periodicamente em todos os doentes enquanto esperam pelo atendimento. Assim, qualquer alteração no quadro clínico pode ser identificada, alterando-se a prioridade, se necessário. É muito importante que qualquer agravamento posterior seja identificado para que a terapêutica seja iniciada.

O critério de classificação é definido pela situação/queixa do usuário onde são coletadas na anamnese as informações. Os discriminadores são colocados na forma de perguntas para facilitar o processo e diferenciam pacientes entre si de tal forma que eles possam ser alocados em uma das cinco prioridades clínicas (ACOSTA et al, 2012).

Os discriminadores aplicam-se a todos os doentes, independentemente da situação/queixa de apresentação e, portanto, aparecem repetidas vezes ao longo dos fluxogramas; em todas as ocasiões; ademais, discriminadores específicos são aplicados a casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações (ACOSTA et al, 2012).

Assim, enquanto dor aguda é um discriminador geral, dor precordial e dor pleurítica são discriminadores específicos. Discriminadores gerais: risco de vida; dor; hemorragia; nível de consciência e temperatura Triagem. (SILVA et al, 2013; VERAS et al, 2015).

A dor é determinante na priorização do cliente, assim como o risco de vida que geralmente é evidenciado por um profissional médico ou enfermeiro do serviço de urgência. Qualquer ausência ou instabilidade de sinais vitais C A B – circulation, airway, breathing – via aérea, respiração, circulação, coloca o paciente no primeiro grupo de prioridades (ACOSTA et al, 2012).

A prioridade clínica do paciente pode mudar de acordo com o agravamento do seu estado, logo, devem ser monitorados e reavaliados clinicamente para uma reclassificação de risco. Nesse caso é importante que o classificador se mantenha atento e com um olhar acurado ao paciente (ACOSTA et al, 2012; GUEDES et al, 2015).

Os discriminadores são classificados por cores e classificação de risco, além disso existe um tempo de espera. As cores são: vermelho, laranja, amarelo, verde, azul. Abaixo estão exemplificados conforme Diniz et al (2014), estes descritores:

VERMELHO: Obstrução de vias aéreas, respiração inadequada, choque, criança não responsiva, convulsionando.

LARANJA: Dor severa, início repentino, alteração do estado de consciência, perda súbita de visão, sinais de meningismo, erupção cutânea desconhecida, púrpura, criança quente, adulto muito quente.

AMARELO: Dor moderada, história inapropriada, história de perda de consciência, sinais neurológicos focais, novos sintomas e/ou sinais neurológicos, acuidade visual reduzida, couro cabeludo doloroso, quente.

VERDE: Dor, subfebril, problemas recentes.

AZUL: Centros de saúde.

A classificação incorreta pode atrasar a terapêutica com consequências graves. Sendo os danos irreversíveis em vários eventos (SILVA et al, 2013).

O papel da enfermagem na classificação de risco Manchester

O papel do enfermeiro na classificação de risco é identificar a necessidade de tratamento imediato, do potencial de risco e priorização de cada caso em conformidade com a gravidade (PAGLIOTO et al, 2016). Uma avaliação rápida pressupõe tomada de decisões e capacitação adequadas, além da delegação de tarefas. Em pequenos serviços de urgência o enfermeiro avalia todos os pacientes, em outros maiores, deve haver divisões para lidar com os pacientes do ambulatório e que se encontram nas macas, por exemplo. A enfermagem deve manter continuamente a habilidade de observação, percepção e comunicação entre os profissionais e os usuários (SILVA et al, 2013; PAGLITO et al, 2016).

Como o enfermeiro realiza o primeiro contato com o paciente ele deve explicar sobre a situação e o provável percurso a ser utilizado na terapêutica do paciente. Uma vez que pequenos atos melhoram imediatamente o conforto do cliente e minimizam os riscos de complicações (SILVA et al, 2013). Por outro lado, a enfermagem na classificação de risco é quem decide o encaminhamento dos pacientes avaliando as instalações e condições locais. Pacientes angustiados e com dores ficam melhor acomodados em locais afastados da sala de espera. Os doentes que precisam ser examinados deitados devem ser acomodados numa área onde possam deitar (SILVA et al, 2013).

O corpo de enfermagem que trabalha na classificação de risco precisa saber qual é a ocupação em cada local e a disposição para que este sempre ocorra de forma sistemática, segura e uniforme

(SILVA et al, 2013). A classificação de risco é um processo dinâmico e os pacientes precisam ser avaliados frequentemente na sala de espera que por sua vez é considerada uma área de observação (ACOSTA et al, 2012; SILVA et al, 2013; RONCALLI et al, 2017).

CONCLUSÕES

Os enfermeiros atravessam diariamente por situações nas quais precisam optar por resoluções práticas em detrimento a normas e protocolos, logo, o pensamento prévio e dentro de um planejamento estratégico facilita a rotina e permite a boa avaliação clínica.

A implementação do protocolo de Manchester visa melhorar o atendimento nas urgências e emergências sendo ferramenta indispensável para que haja menor desgaste físico e mental da equipe. Assim, o mesmo protocolo que serve para salvar a vida do paciente serve para poupar o corpo de profissionais em serviços superlotados e com pouca infraestrutura.

Os diversos materiais encontrados na literatura demonstram que ainda estamos distantes da homogeneidade ideal dentro dos serviços, mas que já existem rotinas de ações na tentativa de uniformizar o atendimento. Desta forma, incentivar novas pesquisas é fundamental para manter atualizados não só os profissionais como os futuros enfermeiros, bem como mudar a forma de pensar e agir da comunidade.

REFERÊNCIAS

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. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.33, n. 4, p:181-190, 2012.

GUEDES, H. M.; MARTINS, J.C.A. CHIANCA, T. C. M.; Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. **RevBrasEnferm**, v. 68, n.1, jan-fev, p: 45-51, 2015.

VERAS, J. E. G. L. F. Et al. Classificação de risco em pediatria: construção validação de um guia para enfermeiros. **RevBrasEnferm**, v. 68, n. 5, p:630-9, 2015.

SOUZA, C. C. Et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester. **RevEscEnferm USP**, v.47, n.6, p: 1318-24, 2013.

PAGLIOTTO, L. F. Et al. Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência do interior paulista. **Cuidarte enfermagem**, v.10, n.2, p: 148-155, jul.-dez, 2016.

SILVA, A. P. Et al. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo deManchester. **Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min**, v.3, n.1, p: 507-517, 2013.

CARDOSO, L.S. et al. O pensar da enfermagem em serviço de urgência e emergência intra-hospitalar. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v.10, n.12, p: 4524-31, dez., 2016.

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. **RevEscEnferm USP**, v.49, n.1, p: 144-151, 2015.

RONCALLI, A.A. et al. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Rev. baiana enferm**, v. 31, n.2, 2017.

DINIZ, A. S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. *Rev. Eletr. Enf.*, v.16, n.2, p: 312-20, 2014.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **einstein**. n.8, p: 102-6, 2010.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.4, p: 758-64, 2008.