

PROTOCOLO DE MANCHESTER E POPULAÇÃO USUÁRIA NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VISÃO DO ENFERMEIRO

MANCHESTER PROTOCOL AND USER POPULATION IN THE RISK ASSESSMENT: THE NURSE'S VIEW

PROTOCOLO DE MANCHESTER Y POBLACIÓN USUARIA EN LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO: MIRADA DEL ENFERMERO

Aline Alves Roncalli¹
Danielle Nogueira de Oliveira²
Izabella Cristina Melo Silva³
Robson Figueiredo Brito⁴
Selma Maria da Fonseca Viegas⁵

Objetivo: compreender a visão do enfermeiro sobre a utilização do protocolo de Manchester e a população usuária na classificação de risco de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). **Método:** estudo de caso qualitativo fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano; utilizou-se a entrevista aberta com 12 enfermeiros que realizavam a classificação de risco. **Resultados:** havia uma inversão de fluxo de usuários entre a rede básica e os serviços de urgência/emergência, o que resultava em superlotação da UPA e sobrecarga de trabalho advindas da falta de informação e comunicação eficaz do Sistema de Saúde (público-privado), para que os usuários conhecessem a real função de um atendimento de urgência/emergência. Também foram identificadas fragilidades na gestão da UPA. **Conclusão:** apesar dos desafios para a concretização da classificação de risco como uma estratégia acolhedora e equânime das demandas, o enfermeiro entendia que o protocolo de Manchester trazia segurança para a prática e a qualidade da atenção prestada.

Descritores: Classificação. Urgência. Emergência. Enfermagem. Acolhimento.

Objective: to understand the nurse's view on the use of the Manchester protocol and on the user population in the risk assessment of an Emergency Care Unit (ECU). *Method:* qualitative case study based on Comprehensive Sociology of Daily Life; open interviews were carried out with 12 nurses who perform the risk assessment. *Results:* there was a reversal of flow of users between the basic network and urgency/emergency services resulting in overcrowding in the ECU and work overload due to lack of information and effective communication in the Health System (public-private) to make users aware of the real function of the urgency/emergency service. We also identified flaws in the management of the ECU. *Conclusion:* despite the challenges to perform risk assessment as a welcoming and equanimous strategy to meet the demand, the nurses believed that the Manchester protocol has brought safety to the practice and quality to the care provided.

Descriptors: Assessment. Urgency. Emergency. Nursing. Hosting.

¹ Enfermeira. Hospital Infantil Padre Anchieta. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. alinealvesroncalli@hotmail.com

² Enfermeira. Hospital Sofia Feldman. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. danizinha107@hotmail.com

³ Graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. iza_izamelo2@hotmail.com

⁴ Psicólogo Clínico. Docente Assistente IV. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Licenciatura Plena em Filosofia. Diplomado em Estudos Avançados de Filosofia Del Derecho Moral y Política. Mestre em Letras, Linguística e Língua Portuguesa. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. robsonpucminas@gmail.com

⁵ Enfermeira. Docente Adjunto III da Universidade Federal de São João Del-Rei. Doutora e Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem. Departamento Saúde Coletiva. São João Del-Rei, Minas Gerais, Brasil. selmaviegas@ufsj.edu.br

Objetivo: comprender la mirada del enfermero sobre el empleo del protocolo de Manchester y la población usuaria en la clasificación de riesgo de una Unidad de Pronto Atención (UPA). Método: estudio de caso cualitativo basado en la Sociología Comprensiva del Cotidiano; se utilizó la entrevista abierta con 12 enfermeros que realizaban la clasificación de riesgo. Resultados: había una inversión de flujo de usuarios entre la red primaria y los servicios de urgencia/emergencia, lo que resultaba en hacinamiento de la UPA y sobrecarga de trabajo derivadas de la falta de información y comunicación efectiva del Sistema de Salud (público-privado), para que los usuarios pudieran conocer la función real de una atención de urgencia/emergencia. También se identificaron deficiencias en la gestión de la UPA. Conclusión: a pesar de los retos para la consecución de la clasificación de riesgo como una estrategia acogedora e igualitaria de las demandas, el enfermero entendía que el protocolo de Manchester trajo seguridad para la práctica y la calidad de la atención prestada.

Descriptores: Clasificación. Urgencia. Emergencia. Enfermería. Acogida.

Introdução

Os serviços de urgência configuram-se, para a população brasileira, como uma das portas de entrada no sistema de saúde público e privado. Têm sido vistos pela população como um local de tratamento para qualquer tipo de queixa, pois apresentam um atendimento rápido e resolutivo. Devido a isso, os usuários utilizam as unidades de pronto atendimento (UPA) não somente como um serviço voltado para o atendimento de casos de urgência ou de emergência, mas também como uma forma de cobrir a lacuna deixada pela precariedade da atenção primária e ambulatorial brasileira.

Os serviços de urgência e emergência são um importante componente da assistência à saúde no Brasil e apresentam uma demanda para atendimento maior que a capacidade de absorção. A realidade dos serviços de urgência é marcada pela inversão de fluxo de usuários entre a rede básica e esses serviços. Isso resulta na superlotação e na sobrecarga da equipe que atua em UPA. A superlotação é o retrato do desequilíbrio entre a oferta e a procura, que pode ser agravada por problemas organizacionais, como o atendimento sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode acarretar graves prejuízos aos pacientes. O excesso de triagem não só desperdiça recursos como causa atraso de tratamento para os casos mais graves⁽¹⁻²⁾.

Além disso, é necessária a superação da percepção da população e de muitos profissionais de saúde de que a assistência complexa e eficaz é aquela oferecida nos hospitais, com exames

diagnósticos e procedimentos complexos, desqualificando o papel da atenção primária⁽³⁾.

O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar a gravidade dos que procuram os serviços de urgência. A classificação de risco é uma ferramenta que auxilia o enfermeiro a assumir a função na regulação da demanda assistencial e na determinação da prioridade no atendimento desses pacientes. Essa classificação é, também, um recurso de informação aos usuários que possuem queixas menos urgentes sobre o provável tempo de espera para o atendimento médico⁽⁴⁻⁵⁾.

Para embasar a prática do enfermeiro na classificação de risco, são utilizados protocolos que se configuram como instrumentos que padronizam as ações desse setor e fornecem respaldo legal para as decisões tomadas⁴. Os protocolos são ferramentas úteis; porém, se utilizadas de forma isolada, não são suficientes, pois não envolvem outros fatores como aspectos culturais e sociais que podem ser o ponto fundamental para uma adequada avaliação do risco de cada pessoa. Na realidade estudada, é utilizado o protocolo de Manchester, considerado uma ferramenta que identifica com mais facilidade os pacientes críticos que procuram a unidade de urgência. A disposição desse protocolo é feita por meio de fluxogramas, o que facilita a avaliação pelo enfermeiro, possibilitando mais segurança no momento da classificação⁽⁶⁾.

Diante do cenário atual das unidades de urgência, onde se assume diariamente o desafio da

classificação de risco, pergunta-se: Como o enfermeiro vivencia o processo de classificação de risco utilizando do protocolo de Manchester em uma Unidade de Pronto Atendimento?

O estudo teve como objetivo compreender a visão do enfermeiro sobre a utilização do protocolo de Manchester e a população usuária na classificação de risco de uma Unidade de Pronto Atendimento.

Método

Trata-se de um estudo de caso qualitativo⁽⁷⁾ fundamentado no referencial teórico da Sociologia Compreensiva do Cotidiano⁽⁸⁾ em uma Unidade de Pronto Atendimento de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

O estudo de caso é utilizado como estratégia de pesquisa nos estudos organizacionais e gerenciais, contribuindo, de forma inigualável, para a compreensão dos fenômenos complexos, nos níveis individuais, organizacionais, sociais e políticos, permitindo a preservação das características significativas dos eventos da vida real⁽⁷⁾. Busca-se, neste estudo, alcançar o nível individual, considerando-se a vivência do enfermeiro na classificação de risco de uma UPA.

A Sociologia Compreensiva do Cotidiano “permite uma abordagem indutiva” e, ao trabalhar com a “socialidade, o imaginário ou o cotidiano”, não deve mais produzir “conteúdos”, mas sim operar como “ponto de vista”^(8:19). Assim, a sociologia compreensiva não objetiva explicar os fenômenos, mas sim compreendê-los.

O estudo foi realizado em uma UPA de Belo Horizonte, cenário definido por atender aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), como também aos usuários da rede privada de saúde. O Pronto Atendimento conta com 15 enfermeiros que atuam na classificação de risco.

Utilizou-se, como evidência para a coleta de dados, em outubro/novembro 2012, a entrevista aberta individual, com duração média de 17 minutos, gravada e transcrita na íntegra. A saturação dos dados deu-se pela replicação literal⁽⁷⁾ até fechar a amostra, significando e definindo o conjunto que subsidiou a análise e interpretação dos

dados⁽⁹⁾. Adotou-se como critério de inclusão dos participantes da pesquisa a atuação de no mínimo seis meses na classificação de risco. Dos 12 enfermeiros participantes da pesquisa, 83,4% são do sexo feminino, a idade média foi de 30,6 anos, o tempo de formação profissional variou de 3 a 8 anos, e o de atuação na UPA apresentou a média de 3,68 anos.

Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo temática. O desenvolvimento da pesquisa deu-se consoante as fases: exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁽⁹⁾.

A pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (CEP PUC-Minas) sob o Parecer CAAE-0410.0.213.0003-11 e autorização do Comitê de Ética da instituição sediadora da pesquisa, sob o Parecer CAAE-009/2012. O anonimato dos participantes foi garantido por meio da adoção de pseudônimos por eles escolhidos, identificados por pedras preciosas.

Resultados e discussão

Os conteúdos da análise dos dados foram organizados em três categorias temáticas apresentadas a seguir: Usuário na classificação de risco: (falta)informação, tempo de espera, triagem do risco e aceitação; Acesso, acolhimento e singularidade na classificação de risco; e Protocolo de Manchester no cotidiano do enfermeiro da UPA.

Usuário na Classificação de Risco: (falta) informação, tempo de espera, triagem do risco e aceitação

A classificação de risco é declarada pelos enfermeiros participantes do estudo como um processo dinâmico, complexo e seguro para estabelecer estratégias de avaliação do risco, considerando as necessidades das pessoas para a dignificação da vida e do viver. Entretanto, desafios são descritos para que o cotidiano na UPA

concretize-se em ações equânimes e universais em saúde.

Apesar da classificação de risco ser vivenciada pela população que procura o serviço de urgência, muitas vezes o usuário a interpreta de modo incorreto, acreditando que os sintomas que ele apresenta encaixam-se em uma classificação de nível mais urgente do que realmente é, como exposto no relato:

As pessoas não têm muita noção. Mesmo tendo o quadro informativo, confundem muito a questão da classificação, e elas já chegam falando que têm que receber a cor amarela, ou laranja. E isso não é o que deve acontecer, porque nós enfermeiros é que vamos avaliar o paciente e a gravidade, e classificar para dar a cor que demonstra a real situação do momento. (Quartzo Azul).

Na visão do enfermeiro, fundamentada em sua vivência cotidiana, o usuário já chega para realizar a classificação com a ideia de ser atendido primeiramente. Sendo assim, quando recebe uma cor que não é a esperada, sente que sua queixa não recebeu a atenção necessária e questiona a prática do enfermeiro e sua capacidade para classificar o risco:

A maior insatisfação por parte do usuário é exatamente essa, uma vez que o mesmo já tem noção do que que é a classificação de risco. Aí ele questiona a classificação que a gente faz, julgando que nós não somos capazes de imaginar o sintoma que ele está apresentando ali. (Turqueza).

O conhecimento sobre classificação de risco é inerente ao processo de trabalho dos profissionais da saúde e próprio dessa área. Se as pessoas desconhecem os critérios dessa classificação, é por falta de informação sobre o sistema de prestação de atenção à saúde, que estabelece normas, critérios e condutas para qualificar a assistência, sem preparar as pessoas para fazerem parte dele. Assim, muitas vezes, o usuário procura atendimento, obtém uma resposta adequada a seu caso, porém não se sente satisfeito:

Eu acho que tem que ter uma conscientização para a população inteira do que é, para que é feito, de onde vem, que não é a gente que inventou, porque eles acham “que você jogou no computador e o computador que define”. Não, não é o computador. São os sinais vitais, os dados clínicos, o tempo da queixa, o início dos sinais e sintomas. Tem gente que chega aqui com uma queixa de um mês e quer prioridade. Um mês já não é urgência mais. Mas eles têm um pouquinho de dificuldade de entender. (Ametista).

Portanto, mesmo que a resposta seja adequada à queixa apresentada, muitas vezes, esse retorno não é visto como positivo pelo paciente que procura a unidade com a expectativa de ser atendido imediatamente, resolvendo, assim, seu problema. No entanto, na maioria das vezes, isso não é possível. Dessa forma, não é admissível que se mantenha os atendimentos sem priorizar indivíduos em real situação de urgência/emergência, por conta da superlotação causada pela busca desordenada de usuários por problemas estruturais da rede de atenção à saúde⁽³⁾.

A procura espontânea pelo serviço de urgência representou 97,7% dos atendimentos, em um estudo realizado no interior de São Paulo, Brasil, o que evidencia que a estrutura organizacional do serviço atende os casos independentemente da sua gravidade, sem qualquer restrição de entrada, o que acarreta sobrecarga de atendimentos e assistência fragmentada, baseada apenas na queixa⁽¹⁰⁾.

Estudo⁽¹¹⁾ realizado na Suécia em serviços médicos de emergência (n = 2.703 doentes) encontrou que 16% dos doentes foram identificados potenciais candidatos a cuidados de saúde primários e apontou como implicação a necessidade de capacitar os enfermeiros em atendimento pré-hospitalar para avaliação e triagem de pacientes que realmente necessitam de encaminhamento aos serviços de emergência.

Os enfermeiros entrevistados também perceberam a necessidade de os convênios de saúde terem uma comunicação eficaz sobre a função de uma classificação de risco, pois muitos usuários que procuram o pronto atendimento desconhecem essa prática:

Os pacientes, muitos ainda resistem à classificação. Acredito que é educação mesmo, é o convênio orientar os pacientes. Às vezes, o paciente chega aqui: “Mas triagem? O que é isso? Eu não fui informado...” então é mandar material para casa do cliente, antes que ele precise, para ele chegar aqui e saber: “Ó, eu tenho um problema, mas eu vou aguardar. Tem pacientes que vão ter problemas maiores que os meus, vão passar na frente”. (Pedra do Sol).

A questão do estresse aqui é pelo seguinte: pouco se divulgou em relação à classificação de risco e o protocolo de Manchester pelo governo. Então, a população não entende muito bem para quê que serve a classificação de risco. Principalmente no pronto atendimento de convênios e particulares, eles não aceitam fazer essa classificação,

pois eles acham que têm que dar entrada e já ser atendidos de imediato. Eles não entendem que é para o bem-estar. Eu acho que deveria divulgar mais a classificação de risco. (Topázio Azul).

O usuário do SUS recebe pouca informação sobre os critérios do Protocolo de Manchester por falta de comunicação para a implementação desse instrumento de avaliação de risco. O cliente, ao contratar um convênio, estabelece a relação entre o pagamento efetuado e a garantia do atendimento e, por desconhecer os critérios da classificação de risco em uma unidade de urgência, exige um atendimento mais rápido e resolutivo, o que, muitas vezes, não ocorre, devido ao elevado número de pessoas que procura o pronto atendimento.

Verifica-se, então, a necessidade de que as prestadoras de serviços de saúde também estejam envolvidas na divulgação da informação sobre essa prática, para que os usuários apropriem-se do real papel de um serviço de urgência e da classificação, diminuindo a demanda, o que vai otimizar o atendimento. Além disso, a demanda de pacientes com queixas não urgentes acaba aumentando ainda mais o tempo de espera de todos. Sabe-se que esse é um atributo de grande importância na avaliação do usuário, pois pode trazer insatisfação com o serviço prestado⁽¹²⁾.

Na visão dos enfermeiros, os usuários, muitas vezes, entendem a classificação de risco como uma forma de atrasar seu atendimento com o médico, por serem priorizados os casos mais urgentes:

Nesse pronto atendimento tem cliente diferenciado dos outros, porque eu tenho experiência de atendimento em hospital público. É muita exigência, e eles são mal informados do que é a classificação de risco. Então meu cotidiano, na maioria das vezes, é de agressão. Eles acham que a gente está atrapalhando, atrasando o atendimento, quando são classificados de verde. Não entendem da importância do enfermeiro identificar o risco antes de ele chegar ao médico, que não é pela ordem de chegada, e sim pela gravidade de cada um que procura o pronto atendimento. Às vezes, é com muita agressão de palavras, nervosismo mesmo e de queixas que nem são de pronto atendimento, e que estão aqui todos os dias. (Jade).

Classificar o risco, considerando as desigualdades das demandas, implica em humanizar a assistência à saúde, entender cada pessoa em sua singularidade e com necessidades específicas.

Destarte, acolher as pessoas que necessitam, significa prestar um atendimento de forma educada, humanizada, ética e resolutiva⁽¹³⁾. Nesse sentido, a alegação de falta de informação do cliente e a negação à sua exigência ao ser inserido no processo de classificação de risco são incongruentes, pois ele não domina esse saber ao contratar o Serviço ou sendo um cidadão brasileiro que depende do serviço público de saúde.

Ainda contribui para a elevada procura por esse Serviço a dificuldade das pessoas para marcar uma consulta:

O paciente tenta marcar uma consulta eletiva e não consegue; então, ele vem ao pronto atendimento, que é a opção que ele tem. Nem culpa o paciente por isso, mas são problemas do sistema mesmo. (Pedra do Sol).

O enfermeiro, então, enfrenta um dilema, pois sabe que esses pacientes não necessitam de um atendimento de urgência e procura encaminhá-los para outros serviços. Entretanto, muitas vezes os encaminhamentos feitos não são efetivos, pois não existe certeza de resolutividade do problema. Isso ocorre devido à ausência de um sistema de contrarreferência que sustente a orientação que esse paciente recebe no pronto atendimento⁽³⁾. A obtenção de referências resolutivas, articulação de todos os níveis de atenção à saúde e organização do fluxo de pacientes são elementos importantes para que se promova uma atenção integral e universal a todos os usuários.

Os principais desafios da classificação de risco são a precariedade das instalações físicas, a superlotação das unidades, a busca por atendimento de usuários em condições clínicas não urgentes, a discordância na priorização dos casos entre médicos e enfermeiros e a falta de articulação da rede de atenção às urgências com a atenção primária⁽¹⁴⁾.

Estudo aponta as dificuldades enfrentadas para o serviço de classificação de risco funcionar adequadamente, que se apresentam nos problemas estruturais da unidade, no pouco conhecimento e informação da população e na característica repetitiva da atividade. Para o enfermeiro, a classificação de risco é um mecanismo indispensável para favorecer a otimização da

assistência aos usuários que apresentam quadros clínicos específicos de urgência e emergência, porém não se exclui a experiência profissional e a consulta de enfermagem⁽¹⁵⁾. Outra demanda frequente é a procura dos usuários por atestado médico:

Vêm vários pacientes em busca de atestado médico, mas isso é nítido, quando o paciente chega aqui, da forma que ele te fala, a queixa que ele te fala: "Aí, não deu para trabalhar hoje..." Então, você sabe que ele tá buscando atestado. Sabe, você vê que é mesmo uma dorzinha de cabeça que começou hoje e não deu para ele ir trabalhar. Então, tem que ter esse senso crítico e não estar deixando de passar aqueles mais graves na frente dessas pessoas. (Safira).

Estudo⁽¹⁶⁾ apontou que a realidade dos serviços de urgência é geradora de conflitos entre usuários e profissionais, uma vez que a definição de urgência é distinta para esses atores sociais. Além disso, muitas vezes os profissionais de saúde julgam que os usuários procuram esse serviço por desconhecerem as suas específicas atribuições. No entanto, um informante declara que, no cenário em estudo, parte da população, atualmente, aceita melhor esse instrumento inserido no processo de trabalho dos profissionais da UPA:

A classificação de risco aqui no pronto atendimento deste hospital hoje já é um processo que ele é bem mais aceito pela população. (Olho de Tigre).

Pode-se então afirmar que uma comunicação eficaz poderá fazer da classificação de risco em UPA uma realidade proposta para assegurar a assistência e garantir o acesso universal à saúde no sistema de saúde brasileiro público e privado. Para que os usuários não procurem o pronto atendimento sem uma queixa urgente ou emergencial, é necessário que sejam esclarecidos sobre esse serviço, que recebam uma solução adequada para sua demanda na rede de atenção, e que o sistema de referência e contrarreferência seja eficiente e eficaz.

Acesso, Acolhimento e Singularidade na Classificação de Risco

A prática de identificar pessoas que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau

de sofrimento torna-se cada vez mais necessária, tendo em vista o princípio da equidade nas ações em saúde. A utilização da classificação de risco traz benefícios tanto para a instituição que faz uso dessa ferramenta quanto para o usuário que se beneficia de um atendimento humanizado e ágil quando necessário, pois o enfermeiro está respaldado por um protocolo e recebe treinamento adequado para isso, como demonstra o relato:

Praticamente todos os hospitais da Grande BH usam a classificação de risco, principalmente o protocolo de Manchester, no qual o enfermeiro, ele faz um treinamento e só pode classificar mediante esse treinamento. E para o paciente que necessita de atendimento imediato é... aquele com maior ganho com isso. (Olho de Tigre).

A superlotação dificulta a prestação de um atendimento integral, tornando a assistência fragmentada, com foco em ações imediatas e específicas para a queixa apresentada, desarticulando o cuidado⁵. Considerando isso, torna-se imprescindível que seja realizado o acolhimento do paciente, para que o atendimento não seja somente com foco na queixa clínica, mas que vise esse ser humano de forma integral, considerando sua singularidade:

É claro que cada queixa é única, cada paciente é único e o que a gente faz ali é ter uma noção do que o paciente está sentindo para dar prioridade a ele no atendimento. (Turquesa).

O acolhimento na classificação de risco é uma estratégia para organizar o atendimento nos serviços de urgência, direcionar os usuários corretamente e atendê-los conforme determina o SUS, com integralidade, universalidade e equidade⁽¹⁷⁾.

Conhecimento científico e empatia são elementos indispensáveis para o profissional que atua no acolhimento com classificação de risco. Uma postura humanizada, buscando atender o usuário com gentileza e ouvi-lo de forma a assisti-lo integralmente é de grande importância para garantir a qualidade do serviço, como corrobora o relato seguinte:

É muito difícil você trabalhar com o ser humano, porque a pressão que você tem é muito grande, você está lidando com vidas. Tentar imaginar, tentar se colocar no lugar do outro é muito importante, porque você imagina que pode estar ali, ou que um parente seu pode estar ali. Isso facilita um pouco, mas nem sempre isso é suficiente para o paciente porque, quando o paciente vem, ele quer ser

atendido, independente da classificação ou de qualquer outra coisa. (Turquesa).

Contudo, “[...] a noção de empatia é fundamental, pois esta significa colocar-se no lugar do outro, para então compreendê-lo”^(8:217). Portanto, “[...] o universal é contradito pela existência de uma multiplicidade de singularidades”^(8:87).

O contexto mostra que a introdução de novas ferramentas tecnológicas nos serviços de urgência facilita o trabalho da equipe, porém pode fragmentar o cuidado prestado ao usuário e tornar-se somente a aplicação de um procedimento técnico, cumprindo o objetivo de dar solução para a queixa do paciente, tornando o cuidado mecânico. Sendo assim, mesmo que a classificação de risco seja embasada em protocolos, o enfermeiro deve buscar a humanização para entender que a assistência ao paciente vai além dos sintomas apresentados. É necessário um atendimento integral, independente do grau de urgência:

A classificação de risco, ela não é o Sistema. Tem que lembrar que você está classificando o paciente, pouco urgente ou emergente. De qualquer forma, ele está passando mal, e ele não está aqui porque ele quer; ele não veio passear, apesar que tem uns que parece que vem, ele não vai dizer: aí eu não estou fazendo nada, vou lá no hospital, não é assim, entendeu? Então ele está aqui passando mal, seja pouco urgente ou emergente. Primeiro a gente tem que lembrar que é uma pessoa que está na sua frente e tomar, às vezes, cuidado com a abordagem. Realmente é cansativo, e o fluxo maior é de paciente pouco urgente. Então eles acham que não está chamando ninguém, mas é porque na verdade nós estamos absorvendo primeiro os mais graves. Então, tem que ter, sim, jogo de cintura e ter conhecimento para poder abordar esse paciente. (Ágata Azul).

A percepção do usuário como ser humano dotado de valores, procurando compreendê-lo em seu contexto biopsicossocial e espiritual, é um passo de grande importância, para que os profissionais possam tornar o cuidado equânime e mais humanizado⁽¹⁸⁾. Assim, o enfermeiro que atua nas unidades de urgência deve aliar a tecnologia utilizada na classificação de risco à sua prática de cuidados, respeitando o direito do usuário e garantindo sua dignidade como foco principal de toda a assistência prestada. É justamente por ser parte integrante desse contexto que se pode “[...] apreender, ou pressentir, as sutilezas, os matizes, as discontinuidades desta

ou daquela situação social [...] somos parte integrante (e interessada) daquilo que desejamos falar”^(8:49).

Para a saúde concretizar-se como direito social instituído, é necessária a priorização das ações para responder às necessidades e demandas do usuário em tempo oportuno e de forma integral e equânime, conforme direito universal que deve ser garantido pelo Estado⁽¹⁸⁾ ou pelo sistema privado contratado pelo cidadão que necessita de ações e serviços em saúde. Dessa forma, os enfermeiros participantes deste estudo apontam uma prática que seja centrada no usuário⁽¹⁷⁾, ao relatarem uma assistência fundamentada em cuidado humanizado com acolhimento singular para atender a sua necessidade, priorizando o risco com equidade, para que o acesso universal e integral faça-se direito de todos os brasileiros.

Protocolo de Manchester no Cotidiano do Enfermeiro da UPA

O protocolo de Manchester, segundo os participantes, é bem aceito na Instituição e proporciona ao enfermeiro maior segurança no atendimento inicial à pessoa:

O protocolo de Manchester é para priorizar atendimento àqueles que possuem o maior risco de vida, classificando o paciente em vermelho, laranja, amarelo e verde. Eu acredito ser essa a melhor forma de organizar uma fila de espera de um pronto atendimento, porque a gente, de certa forma, fica respaldado, por um protocolo que é usado em vários países. Ele é estudado, ele é o consenso do que é o melhor; então, eu tenho muita confiança nele e, até então, ele só tem me trazido resultados positivos. (Safira).

Os enfermeiros perceberam que a utilização da classificação de risco guiada pelo protocolo de Manchester possibilitou melhorias para o serviço estudado:

Bem, a classificação de risco, ela veio justamente para triar quem é o paciente que está mais grave, que precisa ser atendido primeiro, porque antigamente ficava todo mundo aglomerado no pronto-socorro e quem gritava mais alto era atendido primeiro e, sabe-se, que quem está passando muito mal, às vezes, não consegue nem gritar, né? Numa insuficiência respiratória, um choque, ou então uma hipoglicemia, você pode ver que a maioria desses pacientes não gritam. Então a classificação de risco reverte esse quadro, para filtrar os pacientes mais graves que realmente precisam de atendimento mais de

imediate e ter mais segurança de quem pode aguardar mais pelo atendimento médico. (Ágata Azul).

O enfermeiro que atua na classificação de risco deve possuir algumas habilidades indispensáveis para uma assistência qualificada. Dentre elas, citam-se a escuta qualificada, o raciocínio clínico e a agilidade para tomada de decisões, a avaliação e o detalhamento correto da queixa apresentada pelo usuário e o conhecimento da rede assistencial para realizar, de forma efetiva, os encaminhamentos necessários⁽⁶⁾. Alguns entrevistados relataram que o treinamento oferecido para os profissionais que realizavam a classificação não era suficiente para subsidiar a prática:

O curso de um, dois dias, é muito pouco. Eu não sei boje. Me formei em 2007 e não vi nada referente à classificação de risco, protocolo de Manchester ou outros protocolos. Eu entrei aqui quando implantou o protocolo. Vim por causa dele, para trabalhar direto na classificação, e essa maturidade a gente vai pegando com o tempo. (Pedra do Sol).

As experiências vividas no exercício das atividades, quase sempre rotineiras do cotidiano, fortalecem ideias, ajudam na construção de relações e possibilitam desenhar o futuro sem que, necessariamente, se tenha consciência dessa contribuição. O cotidiano é uma terra fértil⁽⁸⁾. Mesmo com a classificação de risco, o tempo determinado pela cor que o usuário recebe nem sempre é obedecido, aumentando seu tempo de espera e superlotando a unidade, como afirma o relato:

A triagem tem as cores: o azul você manda para a unidade básica, o verde são 120 minutos; o amarelo, 60; mas o real que acontece é que o paciente fica muito mais do que isso, dificilmente ele é atendido com o tempo exato. (Quartzo Azul).

Esse fato pode ser explicado pelo grande número de pacientes com queixas não urgentes e poderá ocorrer, durante o tempo de espera, a piora do quadro clínico de um paciente já classificado. Faz-se necessário acompanhar e reavaliar o paciente que já passou pela classificação, até que ele receba o atendimento para solucionar sua queixa⁽⁶⁾.

A interdisciplinaridade das ações facilita o trabalho em equipe e o usuário será o maior

beneficiado. Porém, quando as ações são fragmentadas, a assistência fica comprometida:

Não adianta só a enfermagem receber todo o treinamento para isso, porque isso é uma função que envolve desde a recepção até o médico. Tem a classificação, mas antes de passar pela classificação tem a confecção das fichas; antes de passar na confecção das fichas, tem que ser distribuída a senha para se chegar até o guichê. Então, é muito importante que as pessoas que estejam na senha tenham noção do que é paciente preferencial e do paciente que não é; quem está lá na recepção, fazendo a ficha, a importância da concentração na hora de preencher os dados do paciente, porque essa ficha que é confeccionada "cai" para gente lá na triagem, tudo informatizado. Uma vez que tem a triagem, o profissional que está aqui dentro tem que ser respeitado. Então, tem que ter uma portaria que funcione, que limita esse entra-e-sai de pacientes e de acompanhantes, porque não adianta fazer a ficha e dar preferencial para todo mundo e querendo passar um na frente do outro, porque não vai resolver. (Turquesa).

É inegável que a classificação de risco e a utilização de protocolos nas unidades de urgência trazem inúmeros benefícios para esse serviço. O uso do protocolo de Manchester favorece a seleção de fluxogramas com base nas queixas dos pacientes, o que direciona o tempo de atendimento⁽⁴⁾. A utilização dessa ferramenta também possibilita a gestão do setor, facilitando a busca de soluções para as fragilidades encontradas:

A classificação de risco, ela também te dá uma gestão. De quantos pacientes você está atendendo pouco urgentes, quantos pacientes emergentes. Ela consegue te dar uma noção para você começar a gerir o seu setor. Será que eu vou ter que melhorar a minha sala de reanimação, trazer mais equipamentos? Será que eu vou ter que trazer mais funcionários, para ficar no posto, pra medicar mais? Porque o paciente pouco urgente, que está com febre, com náusea, acaba sendo medicado em algum momento. Então, ele te dá também parâmetros de gestão; então, acaba que, no final do mês, você com uma planilha de dados, você tem parâmetros de gestão. Para a Instituição é bom, é uma coisa positiva, fora que te dá maior segurança de quem está esperando, você sabe o que é. (Ágata Azul).

O gerenciamento é um dos subprocessos que constituem a atuação do enfermeiro. Portanto, esse profissional deve considerar o cuidado como algo a ser gerenciado, buscando sempre fazer com que sua prática não seja mecânica, mas que seja norteada por conhecimento científico e atitudes racionais e humanísticas⁽¹⁹⁾. Sendo assim, o acolhimento com classificação de risco como estratégia de gestão está ligado às ações de escuta qualificada, garantia de acesso ao

cuidado e gerenciamento de fluxo da demanda da instituição⁽²⁰⁾.

Os informantes explicitam a que desafios estão expostos no contexto de classificar o risco na UPA, pois receber a demanda e classificá-la, apenas fundamentada em prática protocolada, não responde a acolher humanamente as necessidades e demandas das pessoas nesse serviço. É necessária uma produção da saúde com segurança, porém qualificada numa relação de respeito ao outro como ser humano.

Como limitação deste estudo destaca-se a não inclusão dos demais profissionais que estão envolvidos na atenção à saúde em UPA, já que a classificação de risco desencadeia a assistência prestada por outros profissionais da área de saúde.

Conclusão

A classificação de risco é um instrumento que se faz necessário nos serviços de urgência para a melhoria da assistência prestada e a garantia do acesso universal e equânime com capacidade resolutiva das ações integradas em saúde.

Os resultados mostram que a superlotação no serviço não possui uma causa isolada, mas advém de fatores que vão desde a falta de informação e comunicação eficaz dos Sistemas de Saúde, para que os usuários conheçam a real função de um atendimento de urgência/emergência, até as fragilidades na gestão da UPA.

Muitas foram as dimensões abordadas pelos enfermeiros informantes, com as quais devem estar comprometidos no trabalho cotidiano em UPA: acolher, cuidar, proteger a vida, tratar. Estas, porém, são dimensões desafiantes, quando se considera o enfrentamento diário para lidar com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde.

O estudo permite concluir-se que, apesar dos desafios para a concretização da classificação de risco na UPA como uma estratégia acolhedora e equânime das demandas, o protocolo de Manchester trouxe segurança para a prática do enfermeiro e qualidade para a atenção prestada. A vivência dos enfermeiros trouxe reflexões que

podem contribuir para o aperfeiçoamento dos Sistemas de Saúde privado e público no contexto do pronto atendimento às demandas urgentes e emergenciais.

Colaborações

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Aline Alves Roncalli, Danielle Nogueira de Oliveira, Izabella Cristina Melo Silva e Selma Maria da Fonseca Viegas;

2. redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Aline Alves Roncalli, Danielle Nogueira de Oliveira, Izabella Cristina Melo Silva e Selma Maria da Fonseca Viegas;

3. aprovação final da versão a ser publicada: Robson Figueiredo Brito e Selma Maria da Fonseca Viegas.

Referências

1. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Scientific literature on the reliability and validity of the Manchester Triage System (MTS) Protocol: a integrative literature review. *Rev esc enferm USP*. [Internet]. 2015 Feb [cited 2016 Feb 10];49(1):144-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf
2. Scerbo M, Rachakrishnan H, Cotton B, Dua A, Junco DD, Wade C, et al. Pre-hospital triage of trauma patients using the random forest computer algorithm. *J Surg Res*. [Internet]. 2014 Apr [cited 2016 Feb 10];187(2):371-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4336161/?tool=pubmed>
3. Rossaneis MA, Haddad MCL, Borsato FG, Vannuchi MO, Sentone ADD. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. *Rev Eletr Enf*. [Internet]. 2011 out/dez [citado 2016 fev 10];13(4):648-56. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a08.htm>
4. Souza CC, Mata LRF, Carvalho EC, Chianca TCM. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester. *Rev esc enferm USP*. [Internet]. 2013 dez [citado 2016 fev 10];47(6):1318-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01318.pdf>

5. Pai DD, Lautert L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2011 [citado 2015 dez 10];15(3):524-30. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/85888/000791735.pdf?sequence=1>
6. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2011 Feb [cited 2016 Feb 10];19(1):26-33. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf
7. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução de Christian Matheus Herrera. 5a ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
8. Maffesoli M. O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva. Tradução de Aluizo Ramos Trinta. Porto Alegre: Sulina; 2010.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Garcia V, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. *Rev bras enferm*. [Internet]. 2014 abr [citado 2017 abr 27];67(2):261-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200261&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140035>
11. Norberg G, Sundström BW, Christensson L, Nyström M, Herlitz J. Swedish emergency medical services' identification of potential candidates for primary healthcare: Retrospective patient record study. *Scand J Prim Health Care*. [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Apr 27];33(4):311-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4750742/?tool=pubmed>
12. Pena MM, Melleiro MM. Grau de satisfação de usuários de um hospitalar privado. *Acta paul enferm*. [Internet]. 2012 [citado 2016 mar 2];25(2):197-203. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a07v25n2.pdf>
13. Silva RMM, Viera CS. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. *Rev bras enferm*. [Internet]. 2014 out [citado 2016 mar 21];67(5):794-802. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0794.pdf>
14. Duro CLM, Lima MADS, Levandovski PF, Bohn MLS, Abreu KP. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. *Rev Rene*. [Internet]. 2014 maio-jun; [citado 2016 mar 21];15(3):447-54. Disponível em: <file:///C:/Users/Selma/Downloads/1551-11783-1-PB.pdf>
15. Prudêncio CPG, Monteiro RAN, Ribeiro BCM, Gomes MSM, Manhães LSP. Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. *Rev baiana enferm*. [Internet]. 2016 abr/jun [citado 2016 jun 24];30(2):1-10. Disponível em: http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14917/pdf_46
16. Tomberg JO, Cantarelli KJ, Guanilo MEE, Dal Pai D. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. *Ciênc cuid saúde*. [Internet]. 2013 [citado 2015 dez 12];12(1):80-7. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v12n1/11.pdf>
17. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncetto KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev enferm UERJ*. [Internet]. 2011 jan/mar [citado 2015 dez 14];19(1):84-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>
18. Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciênc saúde coletiva*. [Internet]. 2013 jan [citado 2015 dez 12];18(1):181-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/19.pdf>
19. Montezelli JH, Peres AM, Bernardino E. Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. *Rev bras enferm*. [Internet]. 2011 abr [citado 2015 dez 12];64(2):348-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a20v64n2.pdf>
20. Bellucci JJA, Matsuda LM. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2011 dez [citado 2016 fev 10];32(4):797-806. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n4/v32n4a22.pdf>

Recebido: 25 de junho de 2016

Aprovado: 10 de maio de 2017

Publicado: 27 de junho de 2017