

PROPORÇÃO DE ATENDIMENTOS PÓS IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO MANCHESTER EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO MATO-GROSSO

PROPORTION OF SERVICES AFTER THE MANCHESTER PROTOCOL IS IMPLEMENTED IN A PUBLIC HOSPITAL OF MATO GROSSO

Nayara Ferreira¹, Camila Aristela Paula Oliveira², Liliane Trivellato Grassi³, Solange da Silva Lima⁴, Vera Mileide Trivellato Grassi⁵

RESUMO

Introdução: O protocolo de Manchester é um processo de identificação dos pacientes, onde seu objetivo principal é estabelecer prioridades para o atendimento dos usuários que acessam o serviço de emergência, levando em consideração o risco de agravamento à saúde. **Objetivo:** Verificar a proporção dos atendimentos no setor de urgência e emergência após a implantação do sistema de classificação de risco Protocolo Manchester no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, com utilização de fonte secundária de informações, sendo esta: registros do programa de software MV. Os dados obtidos correspondem ao período de 12/01/2015 a 31/07/2015. **Resultados e discussão:** Após a implantação do protocolo Manchester de classificação de risco dos pacientes, foi demonstrado que houve um total de 7,043 atendimentos para o período estabelecido, desses atendimentos: 3, 895 (55,30%) dos pacientes atendidos foram classificados como pouco urgentes, 1, 622 (23,03 %) como urgentes, 517 (7,34%) como muito urgente, 123 (1,75%) como emergência, 268 (3,81%) como não urgente e 618 (8,77%). **Conclusão:** Foi identificada fragilidades no processo de encaminhamentos e regulação dos pacientes para o setor de urgência e emergência, uma vez que foi caracterizado o perfil de atendimentos dos usuários atendidos como não sendo de caráter emergencial, esse fator denota a importância e a necessidade de revisão por parte da gestão do serviço de atendimento primário e dos municípios com relação aos critérios de referência e contra referência.

Palavras-chave: Serviço Hospitalar de Emergência. Medicina de Emergência. Serviço Hospitalar de Emergência/classificação.

1. Enfermeira, Mestranda em Ciências Ambientais pela Universidade do Estado do Mato-Grosso (UNEMAT)
2. Enfermeira, Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Anhanguera (LFG)
3. Bioquímica, Mestra em Ciências Farmacêutica pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)
4. Enfermeira, Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)
5. Bioquímica, Mestranda em Biologia Celular e Molecular aplicada a Saúde pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)

Correspondência

Nayara Ferreira – Rua das turmalinas nº 49 Vila Mariana CEP: 78200-000 Cáceres-MT

E-mail: nayferreira_go@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: The Manchester protocol is a process of identifying patients, where their main objective is to establish priorities for the care of users who access the emergency service, taking into account the risk of health problems. **Objective:** To verify the proportion of emergency and emergency room visits after the implantation of the Manchester Protocol risk classification system at the Cáceres Regional Hospital Dr. Antônio Fontes. **Methodology:** This is a research with a quantitative approach, using a secondary source of information, this being: records of the MV software program. The data obtained correspond to the period from 01/01/2015 to 07/31/2015. **Results and discussion:** After the implementation of the Manchester protocol of risk classification of patients, it was demonstrated that there were a total of 7,043 visits for the established period, of these visits: 3, 895 (55.30%) of patients attended were classified as little Urgent (1,362) as urgent, 517 (7.34%) as very urgent, 123 (1.75%) as an emergency, 268 (3.81%) as non-urgent and 618 (8, 77%). **Conclusion:** It was identified weaknesses in the process of referrals and regulation of patients for the emergency and emergency sector, once the profile of care of users served as non-emergency was characterized, this factor denotes the importance and necessity of review By the primary care service and municipalities in relation to the reference and reference criteria

Keywords: Emergency Service in Hospital. Emergency Medicine. Emergency Service, Hospital / classification.

INTRODUÇÃO

No panorama global da saúde o serviço de urgência e emergência é visto como uma das principais portas de atendimento do sistema de saúde do Brasil, onde a procura por essa assistência tem aumentado nas últimas décadas¹.

A superlotação é uma realidade atual dos prontos atendimentos e das demais instituições brasileiras que oferecem o serviço de assistência de caráter emergencial e se torna mais agravada em decorrência de fatores de gestão do serviço, que geralmente se dá por atendimento por ordem de chegada. Este aumento da demanda, com a insuficiente estruturação da rede e algumas deficiências na parte assistencial, tem influenciado para o aumento da sobrecarga dos serviços de atendimento de Urgência e Emergência ofertada à população².

Esse cenário tem feito com que o Ministério da Saúde busque alternativas para organizar o fluxo e minimizar o tempo de espera dos pacientes nos serviços de urgência e emergência. Para tal, foi criada a Política Nacional de Humanização, uma estratégia que apresenta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como ferramenta de mudança no processo de trabalho no serviço de emergência³.

O Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”, que tem por objetivo avaliar o grau de complexidade e de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento⁴.

A Classificação de Risco deve ser utilizada como um instrumento humanizado que sirva para reorganizar e melhorar o fluxo dos usuários que procuram o serviço gerando assim um atendimento mais resolutivo⁵.

Dentre os protocolos mais utilizados em nível mundial destaca-se: o *Canadian Triage and Acuity Scale*, o *Australian Triage Scale*, o *Emergency Severity Index* e o *Manchester Triage System*, que auxiliam na sistematização, avaliação e constituição de respaldo legal para as condutas de triagem⁶.

O protocolo de Manchester é um processo dinâmico de identificação dos pacientes, onde seu objetivo principal é estabelecer prioridades para o atendimento dos usuários que acessam a porta de entrada procurando um serviço de emergência, levando em consideração o risco de agravamento à saúde que o paciente está sujeito e o seu grau de sofrimento e seguindo uma conduta correta⁷.

Shiroma e Pires⁸ salienta que ofertar uma assistência que proporcione atendimento com base nas melhores tecnologias disponíveis, com equipamentos, espaço físico adequados, conjugada ao reconhecimento das necessidades dos usuários e da equipe de saúde e mudanças no modelo tradicional de organização do atendimento por ordem de chegada representa hoje um desafio para os profissionais que atuam no setor de urgência e emergência.

Na busca de atender as transições mundiais realizadas no acolhimento e na classificação de pacientes em estado caracterizados por ser urgentes e emergentes, do ponto de vista da necessidade de atendimento médico, em janeiro de 2015, o Protocolo de Classificação de Risco Manchester passou a ser implementado no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes com o objetivo de se readaptar aos modelos propostos. Desta forma, torna-se relevante investigar as possíveis dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros responsáveis pela aplicação do protocolo.

CONCEITO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para discorrer sobre o tema torna-se necessário abordar os conceitos de Urgência e Emergência conforme a resolução n. 1.451/95 no seu artigo 1º, parágrafo primeiro do Conselho Federal de Medicina onde temos que:

Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

As unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências fazem parte do sistema de atenção hospitalar instituído pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). O objetivo do trabalho das equipes de saúde dessas unidades é atender pacientes que chegam em estado grave e proceder sua reordenação a serviços ambulatoriais básicos ou especializados, existentes na rede de atenção à saúde⁹.

No que se diz respeito à atenção em urgência, o aumento do número de acidentes, a violência urbana e a insuficiente estruturação da rede de serviços de saúde são fatores que têm influenciado significativamente para a sobrecarga dos serviços hospitalares. A ciência desta realidade em nosso meio é de suma importância fundamental, no sentido de demonstrar a necessidade de reestruturação do atual sistema de saúde, na perspectiva de consolidação dos princípios do SUS¹⁰.

Os serviços de urgência/emergência têm o objetivo principal de diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes, para isso é preciso garantir os elementos necessários para um sistema de atenção de emergência levando em consideração os recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e materiais, de modo a assegurar uma assistência integral, com qualidade adequada e contínua¹⁰.

Nos últimos anos, a atenção às urgências tem apresentando avanços em relação à definição de conceitos e inclusão de novas tecnologias visando à organização do atendimento em rede¹⁰.

Apesar desses avanços, a atenção às urgências ainda reúne muitas fragilidades, pois, na maioria dos centros urbanos, a descentralização da assistência é escassa e a ordenação dos fluxos é principiante. Há um predomínio do modelo tradicional de organização do atendimento às emergências, determinado pela procura espontânea de usuários, acarretando na superlotação das salas de atendimento, trazendo como consequência a baixa qualidade da assistência

prestada, maior período de espera para consultas, exames e cirurgias e falta de vagas para internação e bem como de pessoal capacitado⁹.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E O SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PRECONIZADO PELO PROTOCOLO MANCHESTER

Ao longo dos anos a busca pelos serviços de emergência tem aumentado significativamente, fazendo com que este serviço seja considerado um dos principais serviços de assistência à saúde prestada à população. No entanto, o aumento da clientela está ocorrendo de maneira desenfreada, fazendo com que ocorra um sobrepeso nas mais diversas portas de entrada emergenciais. Podemos citar que os fatores que mais contribuíram para esse aumento, foi o crescimento da população em si juntamente com o seu envelhecimento, o crescimento na incidência dos eventos provenientes de causas externas, doenças cardiovasculares e na maioria das vezes a busca excessiva do serviço de emergência para resolução de alguns problemas de saúde que poderiam ser resolvidos na atenção primária¹¹.

Mediante essas mudanças houve a necessidade de organizar o atendimento, não apenas na forma de uma simples triagem, mas de uma maneira que aplique o acolhimento desse paciente e sempre considerando a especificidade de cada caso e a sua gravidade para priorizar a assistência aos que mais necessitam desse atendimento emergencial. Mediante este contexto, foi elaborada a Política Nacional de Humanização (PNH) visando alcançar uma maior resolutividade dos problemas de saúde da população, ampliando o seu acesso juntamente com um atendimento mais humanizado e acolhedor¹¹.

Ainda é recente em serviços de emergência o interesse pela temática de Classificação de Risco. Com o atendimento sendo realizado de forma de demanda espontânea ou por ordem de chegada gerava uma ineficiência nas portas de entrada das unidades que oferece o serviço de urgência e emergência, sendo esse um dos motivos que surgiu à necessidade de selecionar quais clientes deveriam ser atendidos prioritariamente².

O sistema de Manchester também conhecido como “Sistema de classificação de risco, Protocolo-Manchester” foi elaborado em novembro de 1994 após alguns estudos realizados pelo grupo GTM - *Triage Grupo Manchester*, embasado na necessidade de adquirir um consenso entre as equipes de assistência, de forma a

trabalhar com uma linguagem única, fundamentada nas evidências científicas, para estabelecer prioridades para os atendimentos dos pacientes¹.

O protocolo de Manchester se caracteriza como uma importante ferramenta para atender o objetivo da Política Nacional de Humanização (PNH) ele já é um sistema utilizado no Reino Unido e, atualmente, está em vários países como Austrália e países da Europa. Esse sistema foi criado na tentativa de se criar uma linguagem clara e articulada da assistência de enfermagem na rede de urgência e emergência, quando se classifica o risco utilizando o protocolo de Manchester a linguagem entre a equipe se torna unificada¹¹.

PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

De uma forma geral, o método de classificação de risco deve ser realizado para atingir um objetivo principal que é a prioridade clínica do paciente, a metodologia de classificação de risco requer que o profissional consiga extrair a queixa principal ou o motivo que levou o usuário a procurar o serviço de urgência e emergência, e então, o profissional deve procurar um número limitado de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica. Os sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades clinicam e estão apresentados em forma de fluxograma⁵.

O paciente é classificado segundo a Figura 1 em uma das cinco prioridades identificadas por número, nome, cor e tempo alvo para a observação médica inicial.

	Prioridade	COR	TEMPO
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

Fig.1: Classificação de acordo com as cores e o tempo estimado de atendimento⁵.

O Protocolo de Manchester é baseado em categorias de sinais e sintomas e contém 52 fluxogramas (sendo 50 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas) que serão selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente. Cada fluxograma contém discriminadores que orientarão a coleta e análise de informações para a definição da prioridade clínica do paciente. A fim de garantir a uniformidade de compreensão e aplicação dos conceitos, todos os discriminadores encontram-se previamente definidos⁵.

A primeira parte da classificação de risco requer que o profissional selecione a queixa principal do paciente na lista de sinais e sintomas de apresentação que o próprio sistema fornece, após esse procedimento o profissional é direcionado ao fluxograma de apresentação que possui discriminadores que diferenciam os pacientes entre si de tal forma que eles possam ser encaixados em umas das cinco prioridades clínicas: vermelho: emergência (0 minutos), laranja: muito urgente (10 minutos), amarelo: urgente (50 minutos) necessita de atendimento rápido mais podem aguardar; verde: pouco urgente (120 minutos), podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde; azul: não urgente (240 minutos), podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde⁵.

METODOLOGIA

TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritiva com abordagem quantitativa, com utilização de fontes secundária de informação, sendo esta os registros do programa de software MV do setor de urgência e emergência do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes no período de janeiro a julho de 2015.

ÁREA DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Dr. Antônio Rodrigues Fontes, localizado no município de Cáceres, Mato Grosso. Trata-se de uma Instituição pública estadual, de médio porte, que serve de referência em urgência e emergência do Sudoeste do estado de Mato Grosso e que atende à demanda de 22 municípios da região¹².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

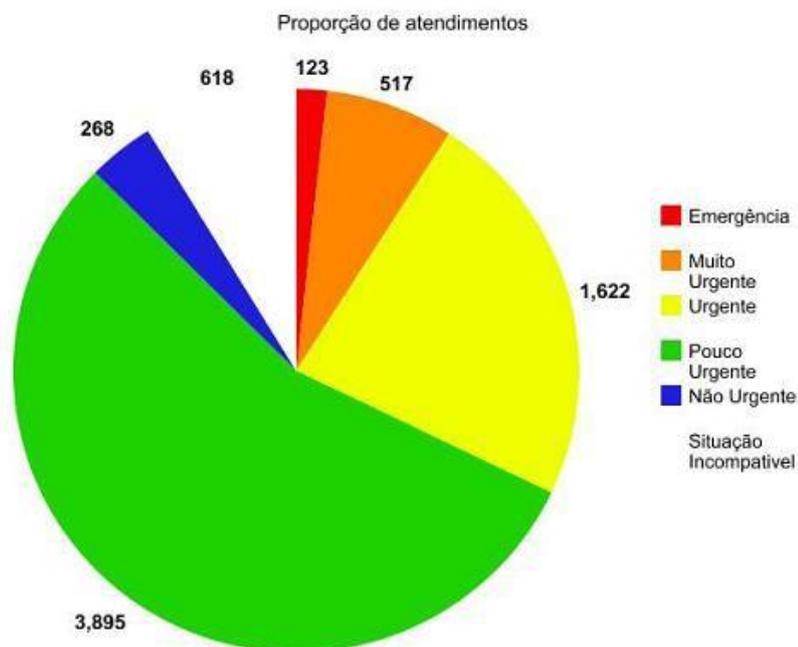


Fig.2: Proporção de atendimentos de acordo com a classificação da gravidade clínica dos pacientes atendidos no setor de Trauma e Emergência no período de 12/01/2015 a 31/07/2015, HRCAF/ACSC, Cáceres/MT.
Fonte: Sistema MV 2000.

Após a implantação do protocolo de classificação de risco dos pacientes, foi demonstrado, como se observa na Figura 2, 3.895 (55,30%) dos pacientes atendidos foram classificados como pouco urgentes, 1.622 (23,03 %) como urgentes, 517 (7,34%) como muito urgente, 123 (1,75%) como emergência, 268 (3,81%) como não urgente e 618 (8,77%) como situação incompatível, concluindo-se há necessidade de revisar os critérios de encaminhamentos ao Hospital Regional.

No estudo de Souza et al¹³ verificou-se que o protocolo Manchester é mais inclusivo, ou seja, aumentou o nível de prioridade dos pacientes quando comparado às escalas canadense, outro estudo realizado na Suécia mostrou que o Manchester elevou a prioridade dos pacientes menos urgentes, mostrando uma baixa acurácia para triagem de casos de urgência menor. Estes achados permitem inferir que o protocolo Manchester garante maior segurança na identificação de pacientes graves. Por outro lado, o aumento do nível de prioridade dos pacientes menos graves quando comparado a de outros protocolos pode acarretar um aumento da demanda por atendimento nos serviços de urgência, contribuindo para a superlotação dos mesmos.

Souza et al¹³ em seu estudo fez uma revisão integrativa da literatura sobre as produções científicas, sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester, e quanto à origem dos estudos, apenas dois (14,3%) foram realizados no Brasil, este achado aponta para uma produção incipiente no Brasil na realização de pesquisas que tenham por objetivo testar a validade e a confiabilidade do Protocolo de Manchester, embora seja este o protocolo utilizado na maioria dos estados brasileiros para classificar o risco clínico de pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência.

Os serviços de urgência e emergência tem por característica prestar atendimento imediato a pacientes com agravo a saúde oferecendo serviços de alta complexidade e garantir condições da continuidade da assistência a nível local ou em outro nível de atendimento referenciado, no entanto, a grande parte da população não tem um acesso regular a um serviço de saúde, contribuindo para condições inadequadas de vida e a utilização caótica dos serviços de emergência, seja para atendimentos relacionados a doenças crônicas ou situações com um grau menor de complexidade¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificaram-se fragilidades no processo de encaminhamentos e regulação dos pacientes para o setor de urgência e emergência, uma vez que foi caracterizado o perfil de atendimentos dos usuários atendidos como não sendo de caráter emergencial, onde a maioria dos atendimentos foi caracterizado como pouco urgente, levando em consideração em que algumas situações o paciente poderia ter recebido atendimento em um pronto atendimento ou na rede de atenção básica a saúde, esse fator denota a importância e a necessidade de revisão por parte da gestão do serviço de atendimento primário e dos municípios com relação aos critérios de referência e contra referência.

A classificação de risco representa hoje um desafio na consolidação de um modelo de atendimento de “porta aberta”. É possível reconhecer mudanças nas atitudes dos trabalhadores com maior preocupação com o atendimento humanizado e resposta às necessidades dos usuários. Pode-se afirmar que mobilizações isoladas, sem o apoio de toda a equipe e dos gestores, são insuficientes para

maiores conquistas frente à demanda crescente, e cada vez mais complexa, por cuidados em saúde, principalmente do setor de emergência.

REFERÊNCIAS

1. Anziliero F. Emprego do sistema de triagem de Manchester na estratificação de risco. Revisão de literatura. 2011. Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do grau de bacharel em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
2. Chaves SC. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto socorro utilizando dois diferentes protocolos. 2009. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2048, de 05/11/2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. 2002.
5. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco Diretrizes para implementação do sistema Manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências - Segunda Edição Revisão para o Brasil; 2015.
6. Lopes JB. Enfermeiro na classificação de risco em serviço de emergência: revisão integrativa. Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do grau de bacharel em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília; 2009.
8. Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de risco em emergência - Um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enferm em foco* 2011; 2(1):14-14.
9. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. *Rev Latino-AM Enferm* 2009;17(4).
10. Azevedo ALC, Pereira AP, Lemos C, Coelho MF, Chaves LPD. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. *Revi Eletron de Enferm* 2010;12(4):736-45.
11. Caveião C, Hey AP, Montezeli JH, Barros APMM, Sordi JA, Santos SC. Desafios ao enfermeiro na implantação da classificação de risco em unidade mista. *Rev Enferm UFSM* 2014;4(1):189-196.
12. França FM. Estudo sobre síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem em dois hospitais de médio porte no município de Cáceres-MT. Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em ciências Universidade de Brasília, nível Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.
13. Souza CC, Araujo FA, Chianca TCM. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Revi Esc Enferm USP* 2015;49 (1):144-151.
14. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Balaver GM, Bertoncetto KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ* 2011;19 (1):84-88.