

EMPREGO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO ALTO PANTANAL: RESULTADOS COMPARATIVOS E DESAFIOS

MANCHESTER SCREENING SYSTEM IN A HIGH PANTANAL REFERENCE HOSPITAL: COMPARATIVE RESULTS AND CHALLENGES

Juliana Debei Herling¹, Mauricio Akira Kimura Nakamura¹, Ricardo Sirotheau Gonzaga Jacob¹, José Darcio de Andrade Rudner², Luiz Carlos Pieroni³

RESUMO

Introdução: a implantação de sistemas de triagem e protocolos nos serviços de emergência permitem o ordenamento dos atendimentos por meio de critério de risco clínico. São vários existentes no mundo, e, dentre eles, destaca-se o *Manchester Triage System* (MTS) ou *Sistema de Triagem de Manchester* (STM). **Objetivo:** comparar o resultado dos atendimentos utilizando o STM no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes (HRCAF) e nas Policlínicas de Cuiabá, a partir de documentos divulgados publicamente, para verificar se existe similaridade no grau de concordância da classificação de risco com os atendimentos divulgados. **Metodologia:** este estudo é descritivo, comparativo e utiliza como fonte de dados dois documentos de divulgação pública - a edição de junho de 2015 do *Jornal Regional*, informativo do HRCAF, que apresenta dados sobre atendimentos em fevereiro e março de 2015 no setor de Trauma e Emergência do HRCAF; e o *Plano Operativo da Saúde para a Copa do Mundo Fifa™*, que apresenta dados sobre os serviços do Pronto-Atendimento das policlínicas da capital mato-grossense divulgados em 2013 pelo Governo de Mato Grosso. Este artigo compara dados desses dois documentos, que apresentam amostras diferentes sobre um mesmo tema - o atendimento de urgência e emergência seguindo o Protocolo de Manchester. **Resultados:** no HRCAF, os dados mostram que apenas 2% dos atendimentos foram de emergência. Foram totalizados 6% de casos muito urgentes e 22,5% de casos urgentes. Outros 55,8% dos casos foram considerados pouco urgentes, 3,6% não urgentes e 9,1% situação incompatível. Esses dados assemelham-se aos do serviço no Pronto-Atendimento das policlínicas de Cuiabá, os quais revelam que apenas 3,1% dos atendimentos foram casos de emergência, 21,4% pouco urgentes e 75,3% não urgentes. **Discussão:** ambos os dados divulgados publicamente pelas unidades pré-hospitalares de urgência e emergência (policlínicas) de Cuiabá e pela unidade hospitalar HRCAF refletem um percentual similar de atendimento de casos, com elevada proporção de atendimentos não urgentes ou pouco urgentes. Essa inadequação da demanda à finalidade do serviço de urgência e emergência parece ser mais relevante no HRCAF, uma unidade hospitalar de atendimento. **Considerações finais:** é possível que uma estruturação da rede de urgência e emergência e também a ampliação da Estratégia Saúde da Família contribua para que o encaminhamento de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços ocorra conforme determina o Ministério da Saúde.

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

1. Acadêmicos de Medicina da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT).
2. Médico especialista em Medicina do Trabalho e em Perícia Médica Previdenciária, mestre em Terapia Intensiva, e docente da UNEMAT.
5. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Médico Diretor Técnico do HRCAF e docente da UNEMAT.

Correspondência

Juliana Debei Herling
Departamento de Medicina – UNEMAT. Av. Santos Dumont, S/N, Cidade Universitária, Bairro DNER.
CEP: 78200-000. Cáceres - MT.
E-mail: mediaweb@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: screening systems and protocols in the emergency services allows the ordering of care by means of clinical risk criteria. There are several in the world, among them the *Manchester Triage System* (MTS). **Objective:** this study compares the results of STM in the HRCFAF and in the Polyclinics of Cuiabá, from publicly documents, to verify if there is similarity in service according to the classification of risk. **Methodology:** this study is descriptive, comparative and uses two documents of public disclosure as a data source – June 2015 edition of the HRCFAF *Regional Journal*, which presents data on attendances in February and March 2015 in the Trauma and Emergency sector; and the *Health Operational Plan for the Fifa World Cup™*, which presents data on the services of the polyclinics in the capital of Mato Grosso, published in 2013 by the Government of Mato Grosso. This article compares data from these two documents, which present different samples on the same subject – urgency and emergency care following the Manchester Protocol. **Results:** in HRCFAF, data show that only 2% of the visits were emergency. There were 6% of very urgent cases and 22.5% of urgent cases. Another 55.8% of cases were considered to be less urgent, 3.6% were non-urgent and 9.1% were incompatible. These data are similar to those of the Cuiabá polyclinics service, which show that only 3.1% of cases were emergency, 21.4% were non-urgent and 75.3% were non-urgent. **Discussion:** both data reflects a similar percentage of cases, with a high proportion of non-urgent or non-urgent care. This inadequacy of demand for the purpose of the emergency service seems to be more relevant in HRCFAF, a hospital care unit. **Final considerations:** it is possible that a structuring of the emergency network, as well as the expansion of the Family Health Strategy, will help to ensure that the referral of patients between different levels of service complexity occurs as determined by the Brazilian Ministry of Health.

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

INTRODUÇÃO

O atendimento em emergência é uma das áreas dos cuidados de saúde que revela os erros e acertos na sistemática de atenção ao paciente. A busca pelos serviços de urgência em hospitais explica-se pela qualificação dos especialistas e pelas tecnologias ofertadas. Essa demanda sobre o sistema hospitalar, no entanto, pode afetar a qualidade do atendimento de emergência e dificultar a capacidade de fornecimento de socorro aos pacientes gravemente feridos e doentes¹.

Em casos de superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH), observam-se todos os leitos do hospital ocupados, aumento da tensão na assistência prestada, tempo de espera para atendimento prolongado e pressão para novos atendimentos. O atraso no diagnóstico e tratamento pode acarretar o aumento da mortalidade. O aumento dessa demanda no serviço hospitalar pode ser o reflexo de falhas no sistema de saúde, como alternativas limitadas nos postos de saúde, tratamento inadequado de doenças crônicas e lacunas em prevenção².

A Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde informa que existem componentes pré-hospitalares fixos, como unidades básicas de saúde (UBS), unidades de saúde da família e ambulatórios especializados (policlínicas). Também existe o componente hospitalar, como os hospitais de atenção às urgências³. A integração das redes de saúde ocorre por meio do sistema de referência e contrarreferência, que é o mecanismo de encaminhamento de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. De acordo com o Ministério da Saúde, em conformidade com o princípio da integralidade, em situações específicas, o paciente deve ser encaminhado para níveis de maior complexidade⁴.

O Ministério da Saúde admite que, no Brasil, a assistência às urgências ocorre nos prontos-socorros, estando ou não adequadamente estruturados, e, como eles ficam abertos 24 horas, acolhem não só os pacientes de urgência, mas também aqueles com quadros percebidos como urgências e pacientes da atenção primária e especializada. Essas demandas, na prática, misturam-se, o que leva à superlotação, comprometendo a qualidade do serviço prestado. A falta de triagem de risco é um agravante e reflete problemas organizacionais das unidades de emergência. O atendimento muitas vezes ocorre por ordem de chegada, sem avaliação prévia do caso. Isso resulta em prejuízos aos pacientes, sendo comum que aqueles com quadros mais graves permaneçam horas aguardando assistência³.

Entende-se, neste contexto, a validade e aplicabilidade da implantação de sistemas de triagem e protocolos nos serviços de emergência, que permitem o ordenamento dos atendimentos por meio de critério de risco clínico. São vários existentes no mundo, e, dentre eles, destacam-se o *Emergency Severity Index (ESI)*, utilizado nos Estados Unidos desde 1999, o *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*, adotado no Canadá no mesmo ano, o *Australasian Triage Scale (ATS)*, que começou a ser delineado na Austrália na década de 1970 e ganhou esta denominação em 2000, e o *Manchester Triage System (MTS)*, em português Sistema de Triagem de Manchester (STM), desenvolvido pelo *Manchester Triage Group*, adotado em 1996 no Reino Unido e utilizado pela primeira vez no Brasil em 2008, em Minas Gerais^{5,6,7}.

O STM estabelece uma classificação de risco em cinco níveis (categorias), e cada um possui um número, uma cor, um nome e um tempo máximo permitido até o primeiro atendimento médico. A partir da identificação da queixa principal do usuário e dos sinais e sintomas apresentados, um discriminador é encontrado e, com base em um fluxograma específico, o paciente é classificado em uma das cinco categorias. O nível 1 é emergente, de cor vermelha e implica em atendimento imediato. O nível 2 caracteriza-se como muito urgente, possui cor laranja e limita o atendimento em até 10 minutos. O nível 3 é urgente, com cor amarela e estipula o máximo de 60 minutos para assistência. O nível 4 é pouco urgente, de cor verde, com tempo alvo de 120 minutos. O nível 5 é aquele não urgente, de cor azul, com tempo máximo de 240 minutos para atendimento. Por meio desse sistema, prioriza-se pacientes que apresentem sinais de gravidade^{5,8,9}.

Assim como os demais sistemas, o STM possibilita identificar e separar rapidamente o paciente com risco de óbito e que necessita de atendimento imediato. A dor é um importante critério para determinar emergência, sendo a avaliação inicial feita pelo enfermeiro. Com base na classificação, pode-se definir o melhor local para assistência conforme o risco e também reavaliar os pacientes. A triagem permite, ainda, determinar os fluxos internos de serviço e compreender a complexidade do atendimento prestado⁵.

O STM foi adotado pelo Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes (HRCAF) em janeiro de 2015. Este hospital é referência para atendimento de urgências e emergências traumáticas e cirúrgicas na região do Alto Pantanal, no Oeste do Estado de Mato Grosso. Os pacientes graves chegam ao HRCAF chegam trazidos por equipes da Polícia Rodoviária Federal (PRF) e Corpo de Bombeiros, visto que a cidade de Cáceres não possui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Os demais pacientes da região são encaminhados por médicos da rede pública de saúde por meio da Central de Regulação de Urgência e Emergência (Crue). Ao chegar ao HRCAF, o paciente é atendido na recepção e preenche uma ficha. Um número é gerado e registrado, e uma pulseira é colocada no pulso do paciente, que é levado à sala de triagem. Um enfermeiro da equipe do hospital analisa sinais e sintomas e classifica a urgência conforme o STM. Um círculo com a cor correspondente

à classificação é colocado na pulseira do paciente, que aguarda assistência conforme preconizado no protocolo. Após receber o atendimento médico, o paciente é medicado e tem coletado material para os exames laboratoriais necessários. Se o paciente apresentar melhora do quadro após a medicação, ele é encaminhado à recepção e aguarda o resultado dos exames. Caso contrário, é levado à sala de observação. Se necessário, o paciente é internado¹⁰.

Assim como o HRCAF é referência para atendimentos no Alto Pantanal, na região da Capital existem serviços de urgência e emergência de média complexidade nas policlínicas de Cuiabá. Cada uma dessas policlínicas funciona com serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACR) desde 2011. O processo se dá mediante a chegada do usuário ao Pronto Atendimento, onde é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção e encaminhado para a confecção da ficha de atendimento. O paciente aguarda sua vez para a classificação de risco, sendo acolhido pelo técnico de enfermagem. É, depois, classificado pelo enfermeiro, com base no STM¹¹.

O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, no tocante aos casos, aborda quatro cores – e não cinco, como no STM tradicional¹¹: “Vermelho (caso grave com necessidade de atendimento imediato com reanimação); Amarelos (atendimento, estabilização e encaminhamentos); Verde (atendimento, observação e tratamento) e Azul (referenciar para as unidades básicas de saúde)”.

Dentro deste contexto, entende-se a importância da adoção do *Protocolo de Manchester* no sentido de organizar os atendimentos de urgência e emergência e uma expectativa de conhecer os resultados nas instituições após a adoção deste sistema de triagem. Os atendimentos em Cáceres e em Cuiabá utilizando esses protocolos foram divulgados publicamente pelas instituições de saúde que o adotam. A partir destes documentos públicos, é possível comparar as informações divulgadas pelas instituições de Cáceres e de Cuiabá no sentido de verificar se existe similaridade no grau de concordância da classificação de risco com os atendimentos divulgados.

METODOLOGIA

Este estudo é descritivo, comparativo, e utiliza como fonte de dados dois documentos de divulgação pública: o primeiro é a edição de junho de 2015 do *Jornal Regional*, informativo do HRCAF¹⁰, que apresenta dados sobre atendimentos em fevereiro e março de 2015 no setor de Trauma e Emergência do HRCAF; e o segundo é o *Plano Operativo da Saúde para a Copa do Mundo Fifa™¹¹*, que apresenta dados sobre os serviços do Pronto-Atendimento das policlínicas da capital mato-grossense divulgados em 2013 pelo Governo de Mato Grosso.

Assim, este artigo compara dados de dois documentos distintos divulgados publicamente, feitos em duas cidades de Mato Grosso, Cáceres e Cuiabá, com amostras diferentes sobre um mesmo tema: o atendimento de urgência e emergência seguindo o Protocolo de Manchester.

Os dados sobre emergência caracterizados com a cor vermelha foram diretamente comparados em valor percentual (relativo), assim como os dados de atendimento de urgência, identificados com a cor amarela. Os atendimentos pouco e não urgentes, sinalizados respectivamente pelas cores verde e azul, também foram diretamente comparados em ambos.

Como as policlínicas não divulgaram dados sobre as cores laranja e branca, que significam respectivamente “muito urgente” e “situação incompatível”, esses dados foram analisados, mas não diretamente comparados aos dados divulgados pelo HRCAF.

RESULTADOS

Os dados sobre atendimentos em fevereiro e março de 2015 no setor de Trauma e Emergência do HRCAF mostram que apenas 2% dos atendimentos foram de emergência (cor vermelha). Foram totalizados 6% de casos muito urgentes (cor laranja) e 22,5% de casos urgentes (cor amarelo). Outros 55,8% dos casos foram considerados pouco urgentes (cor verde), 3,6% não urgentes (cor azul) e 9,1% situação incompatível (cor branca)¹⁰.

Esses dados foram confrontados, como mostra a Tabela 1, com os percentuais de atendimentos nos serviços de urgência e emergência de média complexidade nas policlínicas de Cuiabá divulgados pelo Governo do Estado

de MT no *Plano Operativo da Saúde para a Copa do Mundo Fifa™ 2014*. Na Capital, dados do Pronto Atendimento das policlínicas revelam que apenas 3,1% dos atendimentos foram para casos de emergência (cor vermelha). Os casos urgentes totalizaram 21,4% (cor amarela), os pouco urgentes somaram 56,8% (cor verde) e aqueles não urgentes (cor azul) totalizaram 18,5%¹¹.

Tabela 1: Aplicação do STM

Tipo de atendimento	HRCAF¹	Policlínicas de Cuiabá²
	%	%
Emergência (vermelho)	2	3,1
Muito urgente (laranja)	6	-
Urgente (amarelo)	22,5	21,4
Pouco urgente (verde)	55,8	56,8
Não urgente (azul)	3,6	18,5
Situação incompatível (branco)	9,1	-

Fontes:

1. Adaptado de Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes. Núcleo de Pesquisa e Extensão. Protocolo de Manchester aponta necessidade de revisão de critérios de encaminhamento de pacientes. [Reportagem]. *Jornal do Hospital Regional de Cáceres/Associação Congregação Santa Catarina*. 2015 Jun.

2. Adaptado de Brasil. Governo do Estado de Mato Grosso. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Prefeitura Municipal de Várzea Grande. *Plano Operativo da Saúde para a Copa do Mundo Fifa™ 2014*. Cuiabá, 2013 [Acesso em 10 jul. 2015]. Disponível em: <http://www.mtnacopa.mt.gov.br/download.php?id=265115>

DISCUSSÃO

A comparação mostra que, tanto no HRCAF, quanto nas policlínicas de Cuiabá, o número de casos urgentes é pequeno se comparado ao total de atendimentos (2% e 3,1%, respectivamente). Os casos urgentes (cor amarela) também tiveram um percentual semelhante, 22% no HRCAF e 21,4% nas policlínicas de Cuiabá.

Os casos com pouca ou nenhuma urgência (sinalizados em verde e em azul) somam a maioria dos atendimentos (59,4% no HRCAF e 75,3% nas policlínicas cuiabanas). Se considerarmos as situações incompatíveis (cor branca) somadas aos casos poucos urgentes ou não urgentes no HRCAF, o percentual totaliza 68,5%.

Existem, assim, semelhanças entre os dados sobre atendimentos em fevereiro e março de 2015 no setor de Trauma e Emergência do HRCAF, divulgados na edição de junho de 2015 no *Jornal Regional*¹⁰, e os dados sobre

os serviços do Pronto-Atendimento das policlínicas de Cuiabá divulgados em 2013 no *Plano Operativo da Saúde para a Copa do Mundo Fifa™*¹¹.

Tantos os dados das unidades pré-hospitalares de urgência e emergência (policlínicas) de Cuiabá quanto da unidade hospitalar HRCAF refletem percentual similar de atendimento de casos, com elevada proporção de atendimentos não urgentes ou pouco urgentes. Essa inadequação da demanda à finalidade do serviço de urgência e emergência parece ser mais relevante no HRCAF, uma unidade hospitalar de atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A lotação dos serviços de emergência preocupa médicos, gestores e administradores, e a triagem estruturada é importante porque permite que pacientes mais graves sejam atendidos primeiro¹². Considerando que o setor de Trauma e Emergência do HRCAF e os serviços do Pronto-Atendimento das policlínicas de Cuiabá divulgaram atendimento de casos não urgentes ou pouco urgentes em proporção elevada se comparado a emergências, é possível que uma estruturação da rede de urgência e emergência e também a ampliação da Estratégia Saúde da Família contribua para que o encaminhamento de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços ocorra conforme determina o Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. Hospital-based emergency care: at the breaking point. Washington DC: National Academies Press; 2007.
2. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública 2009 July; 25(7):1439-54.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
5. Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. Rev Med Minas Gerais 2012; 22(2): 188-98.
6. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2011 Feb; 19(1):26-33.

7. Organización Panamericana de la Salud. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Washington DC: OPS; 2011.
8. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? JAccid Emerg Med 1999;16:179-81.
9. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergence triage / Manchester Triage Group. 2 ed. Oxford: Blackwel, 2006.
10. Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes. Núcleo de Pesquisa e Extensão. Protocolo de Manchester aponta necessidade de revisão de critérios de encaminhamento de pacientes. [Reportagem]. Jornal do Hospital Regional de Cáceres/Associação Congregação Santa Catarina. 2015 Jun; P. 4-5.
11. Brasil. Governo do Estado de Mato Grosso. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Prefeitura Municipal de Várzea Grande. Plano Operativo da Saúde para a Copa do Mundo Fifa™ 2014. Cuiabá, 2013 [Acesso em 10 jul. 2015]. Disponível em: <http://www.mtnacopa.mt.gov.br/download.php?id=265115>
12. Albino R, Grosseman S, Riegenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de urgência de qualidade. Arq Cat Med 2007;36(4):70-5.