

O papel do enfermeiro frente à implantação Protocolo de Manchester nos serviços de urgência e emergência

THE ROLE OF THE NURSE AGAINST THE IMPLEMENTATION OF THE MANCHESTER PROTOCOL IN URGENCY AND EMERGENCY SERVICES

RESUMO: O objetivo de o trabalho fora compreender a importância da classificação de risco e o papel do enfermeiro na implementação do protocolo de Manchester nos serviços de urgência e emergência. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com caráter exploratório. A amostra final fora composta de 8 artigos e os resultados foram divididos em duas vertentes: 1) Princípios e motivos que levaram à implantação do protocolo de Manchester nos hospitais públicos que integram o SUS no Brasil; 2) Papel do enfermeiro frente ao protocolo de Manchester. Verificou-se ao longo do trabalho a importância do enfermeiro na aplicação da classificação de risco, sendo ele o profissional capacitado e o responsável pela avaliação do cliente, no momento do agravamento.

Palavras-Chave: Acolhimento; Classificação de Risco; Enfermeiro; Emergência.

ABSTRACT: *The National Humanization Policy (HNP) is characterized as a transversal policy of the Unified Health System (SUS), and its actions run between Public Health Policies and management bodies. The purpose of the study was to understand the importance of risk classification and the role of nurses in the implementation of the Manchester protocol in emergency and emergency services. This is a bibliographic review study with an exploratory character. The final sample consisted of 8 articles and the results were divided into two parts: 1) Principles and motives that led to the implantation of the Manchester protocol in public hospitals that integrate SUS in Brazil; 2) Role of the nurse in front of the Manchester protocol. Throughout the study, the importance of the nurse in the application of the risk classification was veri-*



Iel Marciano Moraes-Filho ¹
 Fernanda Socorro Bahia ²
 Vera Alves Oliveira ²
 Danilo Ferreira Santos ³
 Rodrigo Marques da Silva ⁴
 Osmar Pereira Santos ⁵

- 1 Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Professor do departamento de enfermagem da Faculdade de Ciências e educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás.
- 2 Enfermeira. Faculdade União de Goyazes – FUG. Trindade – GO.
- 3 Enfermeiro. Especialista em Urgência e emergência. Professor do departamento de enfermagem da Universidade Paulista – UNIP. Goiânia – GO.
- 4 Enfermeiro. Doutor em enfermagem. Professor do departamento de enfermagem da Faculdade de Ciências e educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás.
- 5 Mestre em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente. Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Coordenador do curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes, Trindade – GO.



Recebido: 09.05.2019 | Aprovado: 09.05.2019

fied, being the professional qualified and responsible for the evaluation of the client, at the moment of the complaint.

Keywords: *Reception; Risk rating; Nurse; Emergency.*

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH), se caracteriza como uma política transversal do Sistema Único de Saúde (SUS), e suas ações perpassam entre as Políticas Públicas de saúde e instâncias gestoras, foi constituída em 2003 e tem como foco a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a Saúde Pública no Brasil.¹

Desta forma a mesma proporciona a ampliação do diálogo em torno de seus princípios, métodos e diretrizes, assim institucionalizando a classificação de risco através da avaliação holística do paciente, pautado nas suas reais necessidades assim o protocolo de Manchester e um instrumento que possibilita está prática.¹

No Brasil os sistemas de triagem foram recomendados pela primeira vez em 2002 na portaria GM 2048 sobre a organização dos sistemas de urgência. Em relação a essa portaria, foi trocado o termo internacional triagem, por classificação de risco, pois não envolve diagnóstico e sim a priorização do atendimento, em concordância PNH.²

O protocolo de Manchester, afirma-se atualmente, como uma ferramenta, indispensável para o planejamento e gestão dos serviços de urgência no Brasil e em outros países, classificando os pacientes por uma escala de cores, após uma triagem baseado nos sinais e sintomas, de forma a apresentar a gravidade do quadro e tempo de espera para cada paciente.¹

A classificação de risco nos serviços de urgência tem como objetivo único priorizar o atendimento dos doentes, conforme a gravidade clínica com que se apresentam no serviço. Além de humanizar o atendimento ao usuário.³ Um estudo de Pinto Júnior, Salgado, Chianca (2012, p. 02) diz que:

[...] o protocolo foi desenvolvido na cidade de Manchester, Inglaterra, em 1994, por um grupo de profissionais especializados em triagem. O Sistema de Triagem de Manchester (STM) estabelece uma classificação de risco em cinco categorias. A partir da identificação da queixa principal do usuário pelo enfermeiro, um fluxograma específico, orientado por discriminadores e apresentado na forma de perguntas, é selecionado. Diante da história clínica e dos sinais e sintomas apresentados, um discriminador é encontrado e o paciente é classificado em uma das cinco categorias: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Para cada categoria existe um tempo, alvo de atendimento, que são, respectivamente, 0, 10, 60, 120 e 240 minutos.³

A implementação do método aconteceu em outros países como em Portugal, que foi iniciada simultaneamente nos Hospitais: Geral de Santo Antônio e Fernando Fonseca no dia 18 de outubro de 2000.³

No Brasil o método do protocolo de Manchester teve início em Minas Gerais, quando começou a discussão sobre organização de redes integradas de atenção às urgências na Secretaria

de Estado de Saúde de Minas Gerais, sob a coordenação do Dr. Eugênio Vilhaça Mendes, foi postulado que era necessária a definição de um padrão de linguagem para esta rede.⁴

Na busca por um sistema que tivesse no seu modelo a produtividade, segurança comprovada e experiência de utilização como Política de Saúde Pública, chegando ao sistema de classificação de Manchester. O Brasil teve como parceiro o grupo português de triagem (GPT) que implantou o sistema em Portugal (hoje recomendado pelo Ministério da Saúde de Portugal) e que ministrou o primeiro curso no Brasil em 2007, na cidade de Belo Horizonte, em Minas Gerais.⁴

Hoje a utilização do sistema Manchester saiu das fronteiras de Minas Gerais e já ganhou espaço em todo o país, a exemplo do vem ocorrendo na Europa, passou a ser implantado em diversos hospitais e serviços de emergência e urgência. O grupo brasileiro de classificação de risco (GPT) foi constituído no pressuposto de manutenção do padrão internacional para garantir que este sistema se manter-se seguro, não só para o cidadão, mas também para o profissional de saúde que o utiliza.⁴

O mesmo se caracteriza por um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro. Ao chegar ao serviço de urgência demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento. Após a sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado à Classificação de Risco onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseando no protocolo e classificando o usuário em cores.⁵

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), normatiza a *participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos, através Resolução COFEN Nº 423/2012. Que em seu Art. 1º diz: "No âmbito da equipe de enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão.*⁶

A prática da enfermagem no ambiente hospitalar envolve não apenas habilidades bem treinadas e competência no cuidado do paciente, nas diversas circunstâncias e situações, mas também o preparo para enfrentar desafios que não são encontrados na prática da enfermagem.^{3,7-10}

Este trabalho tem como objetivo compreender a importância da classificação de risco e o papel do enfermeiro na implementação do protocolo de Manchester nos serviços de urgência e emergência e analisar os princípios e motivos que levaram à implantação do Protocolo de Manchester nos hospitais públicos que integram o SUS no Brasil.

MÉTODOS

Neste estudo realizou-se uma pesquisa bibliográfica com caráter exploratório. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são as in-

vestigações sobre ideologias ou aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema. Ainda para o autor, o caráter exploratório proporcionar maior familiaridade com o problema.¹¹

Houve a busca eletrônica nas bases *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), *Google Acadêmico* e o acervo de livros da Faculdade União de Goyazes para a construção do referencial teórico, no período compreendido entre setembro de 2014 a julho de 2018.

O critério de inclusão foi de corte cronológico, utilizando-se artigos publicados nos últimos 08 anos. Os critérios de exclusão foram os artigos com data inferior a 2008, e os que não tinham nenhuma relação com o tema pesquisado.

Optou-se pela técnica de análise de conteúdo, os resultados foram voltados para os temas ligados ao protocolo de classificação de risco. Os artigos foram selecionados após a leitura inicial dos resumos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo da classificação de risco é o primeiro contato do paciente com um profissional de saúde e a explicação da sua situação e do provável percurso dentro do serviço alivia muitas angústias e ansiedades. Os pacientes gostam de saber sobre o tempo de espera, o tempo que provavelmente passará dentro do serviço, se poderão ser solicitados exames e o tratamento provável. Para os casos mais simples, tais informações podem ser fornecidas rapidamente.

Princípios e motivos que levaram à implantação do Protocolo de Manchester nos hospitais públicos que integram o SUS no Brasil

A identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, e baseada em um processo de escuta qualificada e tomada de decisão fundamentada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro. Pautados em três dimensões: A - Usuário procura o serviço de urgência. B - É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento. C - Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseando no protocolo de Manchester e logo classifica o usuário.¹²

A cor vermelha é atribuída aos clientes que apresentam risco eminente de morte. Para melhor compreender quais as circunstâncias que oferecem risco eminente foram citadas as seguintes situações que o cliente pode vir a apresentar: Parada cardiorespiratória, infarto agudo do miocárdio, politrauma, choque hipovolêmico dentre outras.^{7,12}

A cor laranja é atribuída aos clientes que apresentam casos graves com risco significativo de evoluir para morte: trauma crânio encefálico sem perda da consciência, queimaduras menores, dispnéia leve, dor abdominal sem alterações de sinais vitais.^{8,12}

Quadro 01: Níveis de gravidade em escala de cores e tempo de atendimento, segundo o protocolo de Manchester

| Classificação | Intervenção médica | Reavaliação do enfermeiro | Prioridades |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------|--|
| Vermelho – Emergência | Intervenção médica imediata | Cuidados contínuos | Tratamento médico imediato |
| Laranja - Muito urgente | 10 min | Cuidados contínuos | Muito urgente, o paciente necessita atendimento o mais prontamente possível. |
| Amarelo -Urgência | Avaliação médica < 30 minutos | A cada 30 minutos | Aguardam atendimento médico prioritário |
| Verde - Semi-urgência | Avaliação médica < 1 hora | A cada 60 minutos | Aguardam consulta com prioridade em relação ao azul |
| Azul - Não urgência | Avaliação médica < 2 horas | A cada 2 horas | Atendimento por ordem de chegada |

Fonte: Brasil, 2009, Adaptado.

A cor amarela é atribuída aos clientes que apresentam quadro de gravidade moderada, sem risco imediato: cefaléia intensa de início súbito, convulsão, dor torácica intensa, alterações dos sinais vitais em pacientes assintomáticos. .^{9,12}

A cor verde é atribuída aos clientes que devem ser encaminhados preferencialmente para as unidades de atenção básica: asma, enxaqueca, dor abdominal sem alterações de sinais vitais, lombalgia intensa. .¹⁰⁻¹²

A cor azul é atribuída aos clientes que devem ser encaminhados para a unidade básica de saúde mais próxima de sua residência: resfriados, queixas crônicas, contusões, escoriações.^{9,12}

Quadro 02: Protocolo de Classificação de Risco, segundo a queixa e a clínica apresentada pelo usuário

| Cor | Situação/Queixa |
|---|--|
| Vermelho: <i>Pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido a necessidade de atendimento imediato</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG < 12; • Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios • Trauma Crânio Encefálico grave – ECG <12 • Estado mental alterado ou em coma ECG <12; história de uso de drogas. • Comprometimentos da Coluna Vertebral. • Desconforto respiratório grave • Dor no peito associado à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso). Perfurações no peito, abdome e cabeça. • Crises convulsivas (inclusive pós-crise) • Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12 • Anafilaxia ou reações alérgicas associadas a insuficiência respiratória tentativas de suicídio |

Continua...

| Cor | Situação/Queixa |
|---|--|
| <p>Vermelho: <i>Pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido a necessidade de atendimento imediato</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia). • Parada cardiorrespiratória • Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático • Pulso > 140 ou < 45 • PA diastólica < 130 mmHg • PA sistólica < 80 mmHg • FR >34 ou <10 • Hemorragias não controláveis • Infecções graves – febre, exantema petequeal ou púrpura, alteração do nível de consciência. • Há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamadas Bandeiras Vermelhas, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente: <ul style="list-style-type: none"> * Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões * Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente. * Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e ocasionalmente, com respostas inapropriadas. • Fraturas da 1.ª e 2.ª costela. • Fraturas 9.ª, 10.ª, 11a. Costela ou mais de três costelas • Possível aspiração • Possível contusão pulmonar • Óbitos no local da ocorrência |
| <p>Laranja: <i>Casos muito urgentes que precisam de um atendimento rápido.</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento muito urgente, caracterizado por: <ul style="list-style-type: none"> * Infarto, arritmias cardíacas, grandes queimaduras, crise asmática grave, hemorragia incontrolável, entre outros. |
| <p>Amarelo: <i>Pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco</i></p> | <p>- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais. Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, paraestésias, alterações do campo visual, dislalia, afasia.</p> <p>Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15). Diminuição do nível de consciência. Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental . História de Convulsão / pós ictal – convulsão nas últimas 24 horas. Dor torácica intensa. Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes). Crise asmática. Diabético apresentando – sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipneia, taquicardia. Desmaios. Estados de pânico, overdose. Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático a. FC < 50 ou > 140 b. PA sistólica < 90 ou > 240 c. PA diastólica > 130 d. T < 35 ou. 40 História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC > 120. Epistaxe com alteração de sinais vitais Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (Taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre) Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais gravidez confirmada ou suspeita Náuseas /Vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais Desmaios</p> |

Continua...

| Cor | Situação/Queixa |
|--|--|
| Amarelo | <ul style="list-style-type: none"> • Febre alta (39/40.º C) • Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor intensa - - Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15 • Vítimas de abuso sexual • Imunodeprimidos com febre |
| Verde: <i>Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera até 30 minutos</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Idade superior a 60 anos. • Gestantes com complicações da gravidez. • Pacientes escoltados. • Pacientes doadores de sangue. • Deficientes físicos. • Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro. • Impossibilidade de deambulação. • Asma fora de crise. • Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca. • Dor de ouvido moderada a grave. • Dor abdominal sem alteração de sinais vitais. • Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve. • Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação. • História de convulsão sem alteração de consciência. • Lombalgia intensa. • Abscessos. • Distúrbios neurovegetativos. • Intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações). • Pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura. |
| Azul: <i>Demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Queixas crônicas sem alterações agudas. • Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos. • Após a consulta médica e medicação o paciente é liberado. |

Fonte: Abbês & Massaro, 2014. Adaptado¹⁴

Portanto o protocolo de de classificação de risco contribui positivamente para a organização dos serviços de emergência, pois os mesmos classificam a gravidade ou não do cliente por cores, com isso o serviço de saúde coloca em prática um dos princípios do SUS, que é a equidade, priorizando aqueles que necessitam de uma assistência de imediato e de qualidade. Para tanto, a organização do acolhimento em saúde não inclui exclusivamente o protocolo de classificação de risco e a demanda espontânea, mas um conjunto de ações que objetivam dar respostas às necessidades da comunidade. Devem, portanto, a partir do diagnóstico de problemas e do planejamento em saúde, buscar romper com os ideais do mesmo como uma ação pontual, centrada na doença e nos procedimentos, deixando de lado o sujeito com suas necessidades singulares.¹

Organizar o acolhimento a partir das necessidades dos usuários exige, portanto, que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que tem disponível, pois todas as práticas de saúde da Unidade precisam estar à disposição para serem utilizadas quando necessário.⁷⁻¹⁰

Para isso as equipes precisam de espaço para reflexão e discussão do seu processo de trabalho, para planejarem as ações e definirem o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento, isto é, quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando referenciar/agendar uma

consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias.¹

Papel do enfermeiro frente ao Protocolo de Manchester.

O principal papel do enfermeiro na classificação de risco é a correta atribuição de prioridade aos doentes. Ele tem de se tornar excelente na avaliação rápida, o que pressupõe uma rápida tomada de decisões e uma capacidade adequada de delegação de tarefas. As entrevistas com os pacientes não devem ser longas e o registro deve ser preciso. As avaliações que demandam muito tempo, tais como aferição dos Sinais Vitais têm de ser deferidas, caso esses valores não sejam necessários para o estabelecimento da prioridade.¹⁴

O método de chegada de pacientes nem sempre correspondem à gravidade das doenças - há pacientes com pequenas queixas que acionam os serviços de atendimento pré-hospitalar (APH), e outros com agravos maiores procuram a unidade de atendimento por livre demanda como e o caso de pacientes com infarto agudo do miocárdio que chegam pessoalmente ao serviço. Por isso, deve haver uma ligação estreita entre os profissionais, a fim de que todos façam uma classificação de risco adequada.¹⁵

A chegada repentina de muitos pacientes pode exigir que o enfermeiro solicite a ajuda de outros profissionais. O processo de classificação de risco está integrado na gestão clínica global da maior parte dos serviços e pode ocorrer a solicitação de exames complementares como eletrocardiograma, radiografia entre outros, bem como o encaminhamento via protocolo clínico para um atendimento de especialidade.¹⁶

O enfermeiro na classificação de risco pode ter necessidade de prestar ou facilitar alguns primeiros socorros e identificar a necessidade da administração de analgésicos, se necessário, em conformidade com determinado protocolo clínico existente no hospital. A aplicação de uma ligadura ou o preparo de um curativo melhora imediatamente o conforto do paciente e ajuda a minimizar o traumatismo ou a hemorragia.³

O enfermeiro na classificação de risco (desde que haja tempo hábil) pode agir no sentido de disseminar a promoção da saúde. Quando acontecer qualquer evento adverso, e o paciente encontrar-se bastante receptivo aos possíveis conselhos e aos cuidados de saúde o profissional deve estar preparado para dar alguns conselhos, sempre que possível (por exemplo, quanto ao uso de capacete por motociclistas ou quanto a deixar de fumar). Será útil ter alguns folhetos informativos disponíveis para os pacientes afim da promoção da educação em saúde evitando agravos.⁷⁻⁹

Muitas vezes, o enfermeiro na classificação de risco tem de decidir para onde referenciar os pacientes. Esse referenciamento depende das instalações e das práticas locais. Os pacientes angustiados, com dores, com hemorragias ou muitos idosos ficaram melhores alocados em locais afastados da sala de espera comum.¹⁷

Os pacientes que precisam ser examinados deitados tais como (os que se encontram com lesões dos joelhos, dores lombares e dores abdominais) devem ser colocados numa área onde possam deitar. Os demais pacientes, que podem deambular pelo serviço, devem ser colocados no local apropriado.¹² Para conseguir essa segregação, o enfermeiro da classificação de risco

precisa saber permanentemente qual é a ocupação em cada local e a disposição dos pacientes naquele momento. É fundamental que, como instrumento de gestão, exista no serviço uma política objetiva no que diz respeito ao fluxo de referenciamento de pacientes, para que este sempre ocorra de forma sistemática, segura e uniforme.¹⁷

No Brasil, o protocolo de classificação de risco tem se mostrado eficiente e de fácil aplicação, além de possibilitar ao Estado o acompanhamento e auditoria relativos ao mesmo. Nesse processo, o Enfermeiro se apresenta como profissional qualificado para atuar como classificador do protocolo, e sua principal responsabilidade é a de se tornar proativo na avaliação rápida e eficiente dos casos de urgência e emergência, desde que salvaguardados os direitos do usuário.¹²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se ao longo do trabalho a importância do enfermeiro na aplicação da classificação de risco, sendo ele capacitado e direcionado a avaliação do cliente, e não apenas direcionado ao diagnóstico.

A classificação de risco é um instrumento utilizado que busca minimizar os agravos da saúde. Os artigos estudados indicam que a classificação de risco melhora o fluxo de clientes na unidade de emergência.

O principal papel do enfermeiro na classificação de risco é a correta atribuição de prioridade aos pacientes, com uma rápida tomada de decisões e capacidade adequada de delegação de tarefas.

O enfermeiro na classificação de risco pode ter a necessidade de prestar e/ou facilitar alguns primeiros socorros em pacientes graves em conformidade com o protocolo clínico existente na unidade em que se encontram.

O processo de classificação de risco é o primeiro contato do paciente com o profissional de saúde, e a explicação da sua situação alivia angústia e ansiedade. O Enfermeiro pode também (desde que haja tempo hábil), pode agir no sentido de disseminar a promoção a saúde.

Muitas vezes o enfermeiro na classificação de risco tem de decidir para onde encaminhar os pacientes, esse encaminhamento depende das instalações e das práticas locais. É importante que o enfermeiro organize o serviço para priorizar quem mais necessita de atendimento em tempo hábil

Desta forma fica inerente o papel indiscutível do enfermeiro frente a classificação de risco e a implementação do protocolo de Manchester.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS). Política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF); 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2_004.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2048/GM de 05 novembro de 2002. [cited 2011 Agus]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>.
3. Pinto Júnior D, Salgado P, Chianca T. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento . RLAE

- [Internet]. 1dez.2012 [citado 19mar.2019];20(6):1041-7. Available from: <http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/52900>
4. Cordeiro Junior W, Torres BLB, Rausch MCP. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Sistema Manchester de Classificação de Risco: comparando modelos [Internet]. 2014[cited 2016 Jun 19]. Available:<http://gbc.org.br/downloads/get/id/5/file/53457bf080903.pdf>
 5. Anziliero Franciele, Dal Soler Bárbara Elis, Silva Bárbara Amaral da, Tancini Thaíla, Beghetto Mariur Gomes. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 19] ; 37(4): e64753. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400417&lng=en. Epub Feb 23, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>.
 6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 423, de 9 de abril de 2012. Normatiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Brasília (DF): COFEN; 2012. Barbosa JSL, Moraes-Filho IM, Pereira BA, Soares SR, Silva W, Santos OP. O conhecimento do profissional de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória segundo as novas diretrizes e suas atualizações. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(2): 117-26.
 7. Souza AMM, Moraes-Filho IM, Silva JAL, Paixão MC, Alcântara AAS, Monteiro SNC. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes adultos jovens admitidos na sala amarela do centro de trauma do hospital de base do distrito Federal. Rev. Cient. Sena Aires. 2019; 8(1): 4-15
 8. Silva JAL, Moraes-Filho IM, Souza AMM, Paixão MC, Alcântara AAS, Monteiro SNC. Tecnologia de informação para registro de trauma e gestão do serviço. Rev. Cient. Sena Aires. 2019; 8(1): 24-35.
 9. Bonuzzi KL, Muniz-Silva CCS, Santos OP, Moraes-Filho IM, Lopes VC, Silva RM. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar aéreo a pacientes politraumatizados- Revisão de literatura. Rev. Cient. Sena Aires. 2016; 5(2): 171-77.
 10. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. SãoPaulo (SP): Atlas; 1999.
 11. Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF): MS; 2009.
 12. ABBÊS, Claudia. MASSARO, Altair. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. 2004.
 13. 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 Méd Minas Gerais. 2012; 22(2):188-98.
 14. Jiménez JG. Clasificación de pacientes em los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emerg. 2003;15:165-74.
 15. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad Saude Publica. 2009;25(7):1439-54. DOI:10.1590/S0102-311X2009000700002
 16. Hermida P, Nascimento E, Echevarría-Guanilo M, Brüggemann O, Malfussi L. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. REEUSP [Internet]. 1jan.2018 [citado 19mar.2019];52:e03318. Available from: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/145277>