

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP
CURSO DE ENFERMAGEM**

ÉRICA TASCA

**AS DIVERGÊNCIAS NA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER:
NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO**

CAÇADOR

2019

ÉRICA TASCA

**AS DIVERGÊNCIAS NA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER:
NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, sob orientação da Prof. Esp. Sarah Massoco.

CAÇADOR

2019

**AS DIVERGÊNCIAS NA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER:
NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO**

ÉRICA TASCA

Este Trabalho de Conclusão de Curso, foi submetida(o) ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título (Grau) de :

Bacharel em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em __/__/__atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e Coordenação do Curso de Enfermagem

Rosimari de Oliveira

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Sarah Massoco

Ir. Maria Aparecida Tavares

Patrícia de Lima Ribeiro

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me permitir que esse trabalho fosse concluído, a minha família que sempre me apoiou, ajudou e incentivou nos momentos que precisei, agradeço a minha filha Ana Júlia por compreender a minha ausência, ao meu marido pela ajuda prestada e apoio, aos amigos e colegas de trabalho pelo apoio e compreensão. Agradeço a minha orientadora, professora Sarah Massoco que possibilitou a realização dessa pesquisa, agradeço a sua dedicação e empenho prestados durante esse período.

EPÍGRAFE

“Tudo tem seu apogeu e seu declínio... É natural que seja assim, todavia, quando tudo parece convergir para o que supomos o nada, eis que a vida ressurge, triunfante e bela!... Novas folhas, novas flores, na infinita benção do recomeço!”

Chico Xavier

RESUMO

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, de forma mais específica, os profissionais de enfermagem geram diversas discussões em todos os ambientes de saúde. Tentando entender os motivos que levam á essas discussões iniciou-se essa pesquisa. Ela foi realizada através da busca por estudos na base de dados BIREME, (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde de sua denominação original Biblioteca Regional de Medicina), foram selecionados 68 estudos de 2010 a 2018, dos quais apenas 7 foram utilizados, sendo que os demais não eram disponíveis gratuitamente em sua íntegra ou não condiziam com o assunto pesquisado. De um lado a população busca atendimento de forma desordenada, de outro lado os profissionais tentam organizar a demanda de atendimento sem ter a compreensão dos usuários, diante dessa situação foi adotado em 2008 no Brasil, especificamente no estado de Minas Gerais, o Protocolo de Manchester, que visa organizar o atendimento e a prioridade clínica de cada caso de acordo com a avaliação do enfermeiro, buscando assim diminuir os índices de mortes evitáveis devido a longos períodos de espera. Diante disso foram enumeradas 7 categorias relativas ás divergências enfrentadas pelos profissionais da enfermagem: Falta de conhecimento dos profissionais, falta de implantação de sistematização de assistência de enfermagem (SAE), Diagnósticos de Enfermagem, falta de estrutura adequada para realização de classificação de risco, falta de trabalho interdisciplinar, falta de conhecimento dos pacientes para atendimento em unidades de urgência e emergência, falta de referência e contra referência, falta de recursos tecnológicos (software).

Palavras-chave: Protocolo de Manchester, classificação de risco, enfermeiro, dificuldade de implantação.

ABSTRACT

The difficulties faced by health professionals, in a more specific way, the nursing professionals generate diverse discussions in all health environments. Trying to understand the motives that lead to these discussions began this research. It was carried out through the search for studies in the BIREME database (Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information of its original denomination Regional Medicine Library), 68 studies were selected from 2010 to 2018, of which only 7 were used, and the others were not freely available in their entirety or did not fit the subject searched. On the one hand the population seeks care in a disorderly way, on the other hand the professionals try to organize the demand for care without having the understanding of the users, faced with this situation was adopted in 2008 in Brazil, specifically in the state of Minas Gerais, the Protocol of Manchester , which aims to organize the attendance and clinical priority of each case according to the nurse's evaluation, thus seeking to reduce avoidable death rates due to long waiting periods in the emergency room. The Manchester Protocol uses 52 flowcharts to direct patient care so that care occurs within the stipulated time so that its setting does not worsen. In view of this, 7 categories related to divergences faced by nursing professionals were listed: Lack of knowledge of professionals, lack of implementation of nursing care systematization (SAE), Nursing Diagnostics, lack of adequate structure to carry out risk classification, lack interdisciplinary work, lack of knowledge of patients to attend emergency and emergency units, lack of reference and counter reference, lack of technological resources (software). Despite generating discontent in part of the population that seeks this service, the Manchester Protocol is efficient in organizing the flow of care.

Keywords: Manchester protocol, risk classification, nurse, implementation difficulty

LISTA DE SIGLAS

SUS- Sistema Único de Saúde

GBCR- Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

GPT- Grupo Português de Triagem

BMJ- British Medical Journal

MTG- Manchester Triage Group

TRTS- Triage Revised Trauma Score

ERTT- Escore Revisado de Triagem do Trauma

COREN- Conselho Regional de Enfermagem

BIREME- Biblioteca Regional de Medicina

DE- Diagnósticos de Enfermagem

STM- Sistema de Triagem de Manchester

SAE- Sistematização de Assistência de Enfermagem

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

UBS- Unidade Básica de Saúde

UNIARP- Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe

CEMUM- Centro Municipal de Urgências Médicas

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SEGUNDO O PROTOCOLO DE MANCHESTER.....	DE 19
FIGURA 2: FLUXOGRAMAS DO PROTOCOLO DE MANCHESTER.....	DE 21
FIGURA 3: FLUXOGRAMA 1 DO PROTOCOLO DE MANCHESTER	22
FIGURA 4: FLUXOGRAMA 25 DO PROTOCOLO DE MANCHESTER.....	23
FIGURA 5: FLUXOGRAMA 51 DO PROTOCOLO DE MANCHESTER.....	24
FIGURA 6: FLUXOGRAMA 52 DO PROTOCOLO DE MANCHESTER.....	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DESENVOLVIMENTO	13
2.1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1.1 A SAÚDE COMO UM DIREITO.....	13
2.2 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	15
2.2.1 O QUE É UMA EMERGÊNCIA E UMA URGÊNCIA ?.....	15
2.3 IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER.....	16
2.3.1 QUAIS AS DIFICULDADES DE IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	16
2.4 PROTOCOLO DE MANCHESTER.....	17
2.4.1 O QUE É O PROTOCOLO DE MANCHESTER.....	18
2.4.2 COMO É FEITA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE MANCHESTER.....	20
2.5 PAPÉIS DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	25
2.6 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	26
2.7 ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	28
2.7.1 CATEGORIA 1: FALTA DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS.....	31
2.7.2 CATEGORIA 2: FALTA DE IMPLANTAÇÃO DE SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM (SAE), DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	33
2.7.3 CATEGORIA 3: FALTA DE ESTRUTURA ADEQUADA PARA REALIZAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	33
2.7.4 CATEGORIA 4: FALTA DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR.....	34
2.7.5 CATEGORIA 5 : FALTA DE CONHECIMENTO DOS PACIENTES PARA ATENDIMENTO EM UNIDADE DE URGENCIA E EMERGENCIA.....	34
2.7.6 CATEGORIA 6: FALTA DE REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA.....	35
2.7.7 CATEGORIA 7: FALTA DE RECURSOS TECNOLÓGICOS (SOFTWARE).....	36
3 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

Em nosso país independente do estado da federação, a sala de espera de uma emergência é onde encontramos diversas pessoas doentes. Vários motivos que os faz aguardarem em filas de atendimento como: doenças graves com risco de vida, dores agudas, quadros crônicos e necessidades que poderiam ser tratadas em nível de atenção básica.

Dessa forma foi necessária a criação de uma cartilha de acolhimento e classificação de risco para ser obrigatoriamente implantados junto as unidades destinadas a atendimento de emergência e urgência, pois muitos serviços de atendimento convivem com filas, onde os pacientes disputam o atendimento sem nenhum critério, senão a ordem de chegada.

De acordo com a Portaria nº 2048 de 2002, descreveu que o crescimento da busca pelo atendimento nas unidades de emergência e urgência acarreta em sobrecarga desses serviços. E essa demanda aumentada ocorre devido ao aumento do número de acidentes, violência urbana e a insuficiente estrutura da rede assistencial. (BRASIL, 2002).

A não distinção de riscos ou grau de sofrimento faz com que alguns casos se agravem nas filas, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não atendimento em tempo adequado. (BRASIL, 2009, p. 22).

Destaca-se nesse processo o profissional enfermeiro que tem diversas atribuições, dentre elas: o acolhimento com classificação de risco. A fim de que as potenciais gravidades tenham seu tempo de espera reduzido ou até mesmo um atendimento imediato, através de uma avaliação com critérios técnicos e não por ordem de chegada. Assim surge o questionamento, quais são as divergências na implantação do protocolo de Manchester na percepção do enfermeiro?

Este assunto é de grande relevância, para a construção do conhecimento das divergências e estratégias para a efetivação da implantação do protocolo de triagem. Com base no objetivo geral dessa pesquisa, foram definidos os aspectos: descrever sobre o protocolo de Manchester, realizar uma revisão bibliográfica dos artigos de maior relevância atual publicados em bases científica no período de 2010 a 2018 sobre a implantação do protocolo de triagem, evidenciar o papel do enfermeiro no

processo de implantação do protocolo de Manchester e identificar as divergências encontradas pelos enfermeiros na implantação do protocolo.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.1 A Saúde Como um Direito.

De acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde é direito de todos e dever do estado, foi dessa forma que um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo surgiu. O nosso Sistema Único de Saúde (SUS) abrange desde um procedimento simples, como uma verificação de pressão arterial, como também um transplante de órgãos, sendo garantido acesso integral, universal e gratuito para a população de todo o país (BRASIL, 2018).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Conforme a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, capítulo II, artigo 7º estabelece como princípios básicos do SUS a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade, entendida como conjunto sendo articulada e contínua às ações e serviços preventivos, curativos, individuais ou coletivos, levando em consideração todos os níveis de complexidade e a igualdade de assistência à saúde sem privilégios ou preconceitos de qualquer espécie.

Ainda no artigo 7º está garantido o direito de acesso a informação sobre sua saúde, o direito a participação da comunidade, a descentralização político administrativa com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, conjunção de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União na prestação da assistência à saúde da população, resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, organização do atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral (BRASIL, 1990).

No artigo 8º cita que as ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, deverão ser

organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990).

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

No Artigo 9º dispõe sobre a direção do SUS, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: no âmbito da União pelo Ministério da Saúde, dos Estados e do Distrito Federal pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente e no âmbito dos Municípios pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. O Artigo 12º cita a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Já no artigo 16º cita que compete à Direção Nacional do SUS formular políticas de nutrição, participar na formulação e implementação dessas políticas, no controle das agressões ao meio ambiente, no saneamento básico, nas condições de trabalho, compete também definir e coordenar sistemas de redes integradas e de alta complexidade, da rede de laboratórios de saúde pública, atividades voltadas à vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.

O artigo 19º regulamenta o atendimento domiciliar, seja ele prestado por médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo entre outros. De acordo com o artigo 24º quando as disponibilidades dos SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população em uma determinada área, o SUS poderá recorrer a serviços ofertados pela iniciativa privada (BRASIL, 1990).

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

2.2 Acolhimento com Classificação de Risco.

Imaginamos a dimensão que se torna nosso compromisso no trabalho relacionado à saúde, temos a missão de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, ou seja, produzir saúde. Porém podemos citar alguns desafios a serem vencidos: superlotação, processo de trabalho fragmentado, exclusão de usuários na porta de entrada, pouca articulação com o restante da rede de serviços. Esses são os desafios que aceitamos quando nos dispomos a enfrentar a garantia do direito a saúde, portanto é necessário repensar algumas formas de agir, que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora (BRASIL, 2009 p. 7).

Normalmente, a ideia de acolhimento pode se deter a uma atitude voluntária de bondade por parte de alguns profissionais, um ato que traduz uma recepção administrativa em ambiente confortável ou também pode traduzir a ação de triagem, ou seja, uma seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento. Porém é necessário não restringir o conceito de acolhimento de demanda somente na porta de entrada, é preciso que ele se torne uma ferramenta no processo de produção de saúde (BRASIL, 2009 p.10).

2.2.1 O que é uma Emergência e uma Urgência?

De acordo com a portaria nº 354, de 10 de maio de 2014 do Ministério da Saúde, que publica a proposta de projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”, define Urgência como ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Também define Emergência como uma constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco intenso e iminente de morte, exigindo portanto tratamento médico imediato (BRASIL, 2014).

De acordo com SANTOS, (2006) podemos classificar como urgências: dor torácica sem complicações respiratórias, alguns tipos de queimadura, fraturas sem sinais de choque ou lesões mais sérias, vômito e diarreia acompanhados ou não de febre, sangramentos e ferimentos moderados. Da mesma forma podemos citar como emergência: parada cardiorrespiratória, dor torácica acompanhada de dificuldade

respiratória, poli traumatismos em geral, hemorragias de alta intensidade, queimaduras extensas, perda do nível de consciência, intoxicações em geral, ferimentos por arma de fogo, ferimentos por arma branca, estados de choque, estado febril acima de 40°C e gestações em curso com complicações.

2.3 Implantações de Protocolos de Assistência à Saúde.

Quando pensamos em protocolos, vem em nossa mente que o objetivo seja padronizar a forma de atender pacientes, uma forma uniforme de prestarmos assistência em saúde, atendendo critérios pré-estabelecidos e de conhecimento de todos.

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão de serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, tem como fundamentação estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. Tendo efetivamente como foco principal a padronização de condutas em ambientes ambulatoriais e hospitalares, tratando-se de saúde pública, as diretrizes que norteiam esses protocolos são a Constituição Federal Brasileira (WERNECK, 2009).

2.3.1 Quais as Dificuldades de Implantação de Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco.

De acordo com Teixeira, Oselame, et. al (2014) por diversas vezes a dificuldade de implantação vem de uma certa resistência relacionada a introdução de uma nova tecnologia, sendo totalmente informatizado, também torna difícil para muitos profissionais vincular essa prática à rotina diária de trabalho tornando a classificação um trabalho árduo e demorado. Sugere-se que esse fato seja decorrente não somente da adaptação, mas também da sobrecarga de trabalho e da falta de condições adequadas para esse comportamento.

Conforme Roncalli, Oliveira et. al (2017) a classificação de risco é um processo dinâmico, complexo e seguro para estabelecer critérios de avaliação de risco, considerando as necessidades das pessoas. Entretanto muitos desafios precisam ser vencidos, dentre eles a falta de conhecimento sobre a classificação de risco da

população usuária, sendo que muitas vezes como é descrito por um profissional enfermeiro, o paciente já chega à unidade dizendo que deve receber determinada cor, caracterizando maior urgência do que realmente é avaliado pelo enfermeiro, sendo assim ainda menciona que sua queixa não teve a atenção merecida. Se as pessoas desconhecem os critérios sobre classificação de risco, mesmo tendo uma resposta adequada para seu caso irão sentir-se insatisfeitos, é inadmissível que casos mais urgentes sejam deixados para depois devido à superlotação causada pela busca desordenada de usuários por problemas estruturais da rede de atenção básica.

Ainda de acordo com Roncalli, Oliveira et. al (2017) há dificuldade com usuários de convênios, que os mesmos deveriam ser informados no ato da contratação sobre a classificação de risco. Também há o dilema das contra referências, não há a certeza da resolutividade dos encaminhamentos, a falta de concordância entre médicos e enfermeiros sobre a prioridade dos casos.

2.4 Protocolos de Manchester

Diariamente um número razoável de pacientes procuram serviços de urgência, se atendidos por ordem de chegada acarretará em um tempo prologado de espera, o que não é viável para pacientes graves. Para a garantia da segurança e qualidade de atendimento o Grupo Brasileiro De Classificação De Risco realiza a implantação do Sistema de Manchester de Classificação de Risco, o qual visa determinar a prioridade clínica, garantindo que o primeiro atendimento seja em tempo adequado (GBCR, 2013).

O protocolo de Manchester é considerado uma ferramenta sensível na identificação de prioridades em setores de emergência, é baseado em um sistema de algoritmos compostos por cinco níveis de urgência associados a cores, que determinam o tempo estimado e prioridade para o atendimento (TEIXEIRA, OSELAME et.al 2014).

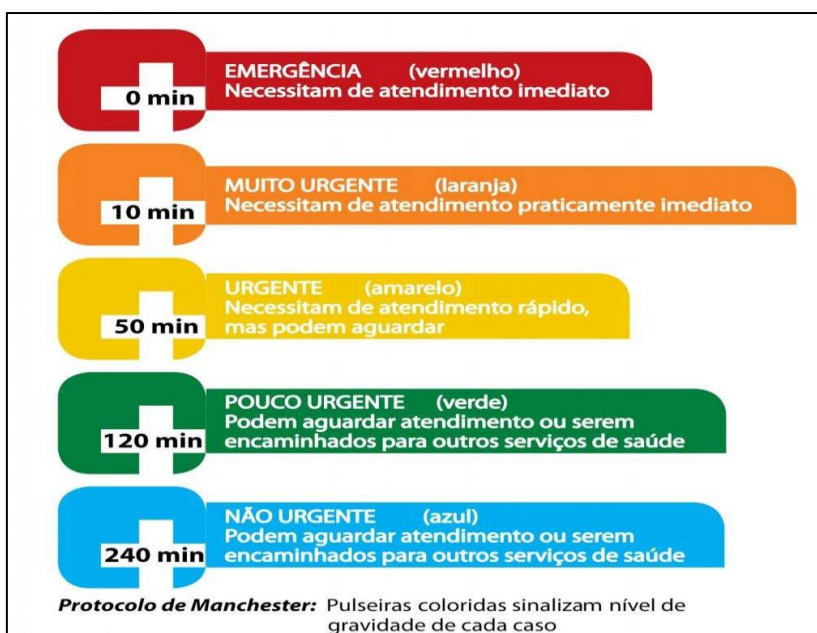
2.4.1 O que é o Protocolo de Manchester.

É um sistema de classificação de risco que primeiramente foi implantado na cidade de Manchester, no Reino Unido em 1997, desde então foi adotado como padrão em vários hospitais daquele país. A partir dos anos 2000, um grande número de instituições de várias realidades geográficas e populacionais implantaram esse sistema. O Sistema Manchester de Classificação de Risco utiliza uma metodologia de trabalho sólida, coerente e compatível com a boa prática na área da saúde em situações de urgência, é uma metodologia confiável, uniforme e objetiva, permite a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo recomendado até a avaliação médica, podendo ser em situações de funcionamento normal do serviço ou em situações de catástrofes ou múltiplas vítimas no serviço de urgência (GBCR, 2013).

A segunda cidade brasileira a implantar o Protocolo de Manchester foi Curitiba, no estado do Paraná, em maio de 2011 no Centro Municipal de Urgências Médicas (CEMUM), a classificação de risco foi implantada em fase experimental, mas logo foi estendida para outras unidades da região (TEIXEIRA, OSELAME et.al 2014).

Esse método não visa estabelecer um diagnóstico médico e nem garante um bom funcionamento nos serviços de urgência, ele pretende assegurar que a atenção médica ocorra de acordo com o tempo resposta determinado pela gravidade clínica do paciente e ser ferramenta importante para o manejo seguro de fluxo de pacientes quando a demanda excede a capacidade de atendimento (GBCR, 2013).

FIGURA – 1 Classificação de Risco Segundo o Protocolo de Manchester



Fonte: (PASSEVIP, 2016)

Quando em 2007 iniciou-se a implantação do Protocolo de Manchester no Brasil, no estado de Minas Gerais, foi necessária uma negociação envolvendo o governo mineiro com o Grupo Português de Triagem (GPT), que possuía os direitos para tradução e utilização desse protocolo, sob a autorização do BRITISH MEDICAL JOURNAL (BMJ) e a MANCHESTER TRIAGE GROUP (MTG), detentores da propriedade dos direitos autorais, para a implantação também foi necessário a criação do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), que firmou acordo com o GPT, MTG e o BMJ e obteve a autorização para representar e utilizar o protocolo no país (TEXEIRA, OSELAME et.al, 2014).

O GBCR tem se tornando cada vez mais brasileiro, com formadores de vários estados e instituições, tem treinado profissionais online e presencial em todo o território nacional, visando garantir que o Sistema de Manchester de Classificação de Risco siga o padrão internacional.

Divulgar e implementar no Brasil, sistema de classificação de risco para atendimento às situações clínicas agudas, tendo excelência na formação de profissionais e na certificação das instituições de saúde que aplicam a classificação de risco nas portas de entrada de urgência/emergência visando a segurança e a qualidade [...] Ser referência no Brasil e reconhecida internacionalmente como instituição de excelência nos processos de formação de profissionais em classificação de risco e na certificação das instituições de saúde integrantes da rede de urgência e emergência (GBCR, 2013).

O Protocolo de Manchester é baseado em categorias de sinais e sintomas, contem 52 fluxogramas que serão selecionados a partir da situação ou queixa apresentada pelo paciente, os fluxogramas contém discriminadores que orientarão a coleta de dados para a definição da prioridade clínica do paciente, pensando em garantir a uniformidade e compreensão da aplicação dos conceitos, todos encontram-se previamente definidos (GBCR,2013).

2.4.2 Como é feito a Classificação de Risco de Acordo com Protocolo de Manchester.

O Grupo Brasileiro de Classificação de Risco oferece capacitação aos profissionais que irão atuar na área de classificação de risco, o curso tem duração de 8 horas presencias, com certificação de validade internacional. Tem por objetivo promover a uniformidade dos conceitos e do uso da metodologia, conferir competência para exercício da classificação de risco, garantir apoio dos coordenadores de equipe, que devem conhecer e dominar o conteúdo (GBCR, 2013).

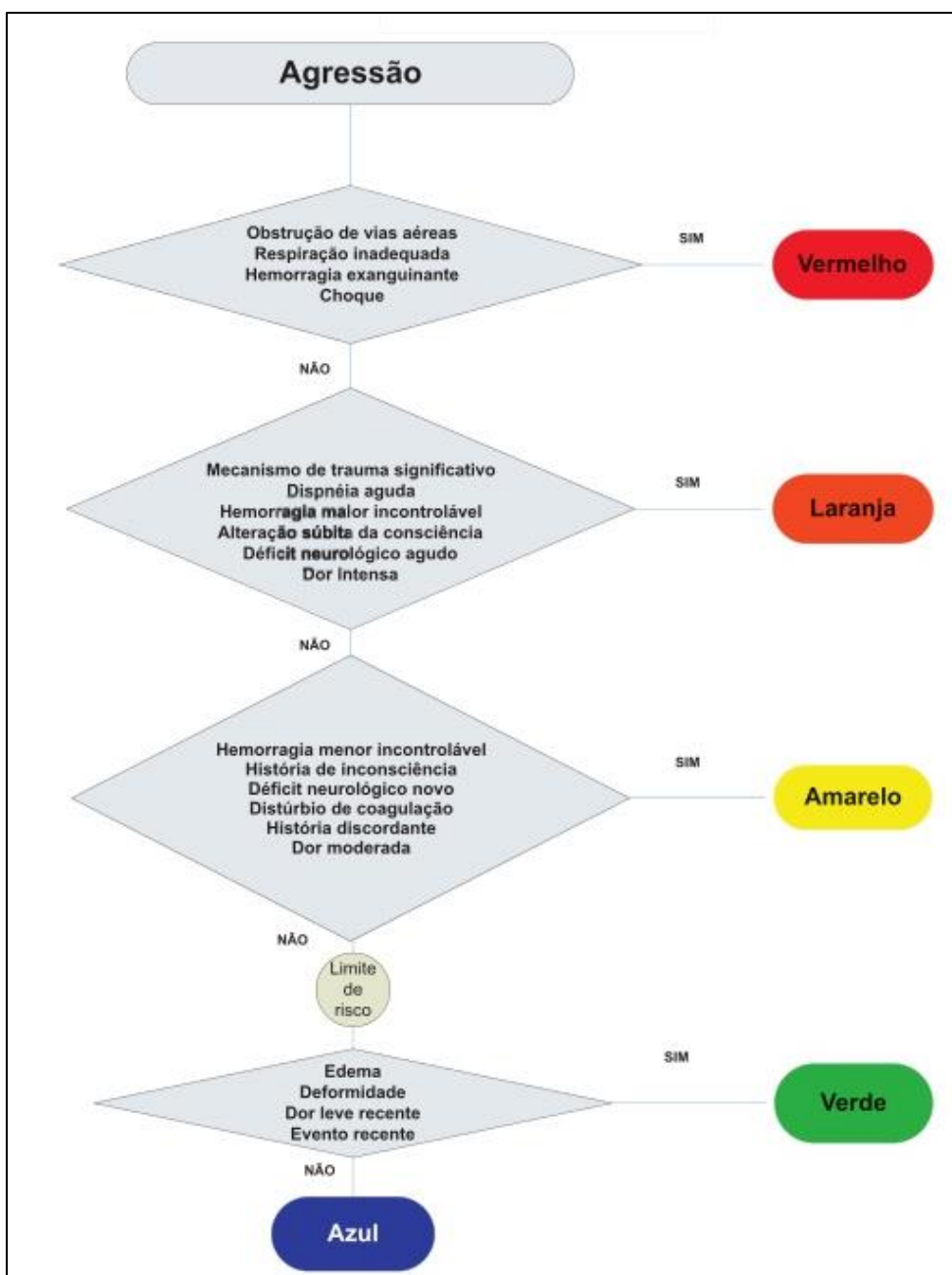
Esse sistema de classificação de risco foi criado para permitir ao profissional médico e enfermeiro, habilidade para atribuir rapidamente uma prioridade clínica do paciente em situação aguda, é baseado em 52 fluxogramas, sendo 50 utilizados para situações rotineiras e dois para situações de múltiplas 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 conceitos encontram-se previamente definidos (GBCR, 2013).

FIGURA – 2 Fluxogramas do Protocolo de Manchester

Índice dos Fluxogramas de Apresentação			
Sinal/sintoma de apresentação	Nº do fluxograma	Sinal/sintoma de apresentação	Nº do fluxograma
Agressão	1	Embraguez aparente	26
Alergia	2	Erupção cutânea	27
Alteração do comportamento	3	Exposição a agentes químicos	28
Asma, história de	4	Feridas	29
Autoagressão	5	Gravidez	30
Bebê chorando	6	Hemorragia digestiva	31
Cefaléia	7	Infecções locais e abscessos	32
Convulsões	8	Mal estar em adulto	33
Corpo estranho	9	Mal estar em criança	34
Criança irritadiça	10	Mordeduras e picadas	35
Criança mancando	11	Overdose e envenenamento	36
Desmaio no adulto	12	Pais preocupados	37
Diabetes, história de	13	Palpitações	38
Diarréia e/ ou vômitos	14	Problemas dentários	39
Dispnéia em adulto	15	Problemas em extremidades	40
Dispnéia em criança	16	Problemas em face	41
Doença mental	17	Problemas em olhos	42
Doença sexualmente transmissível	18	Problemas em ouvidos	43
Dor abdominal em adulto	19	Problemas urinários	44
Dor abdominal em criança	20	Quedas	45
Dor cervical	21	Queimaduras	46
Dor de garganta	22	Sangramento vaginal	47
Dor lombar	23	Trauma cranioencefálico	48
Dor testicular	24	Trauma maior	49
Dor torácica	25	Trauma toracoabdominal	50
Situação de Múltiplas Vítimas - Avaliação Primária			
Situação de Múltiplas Vítimas - Avaliação Secundária			

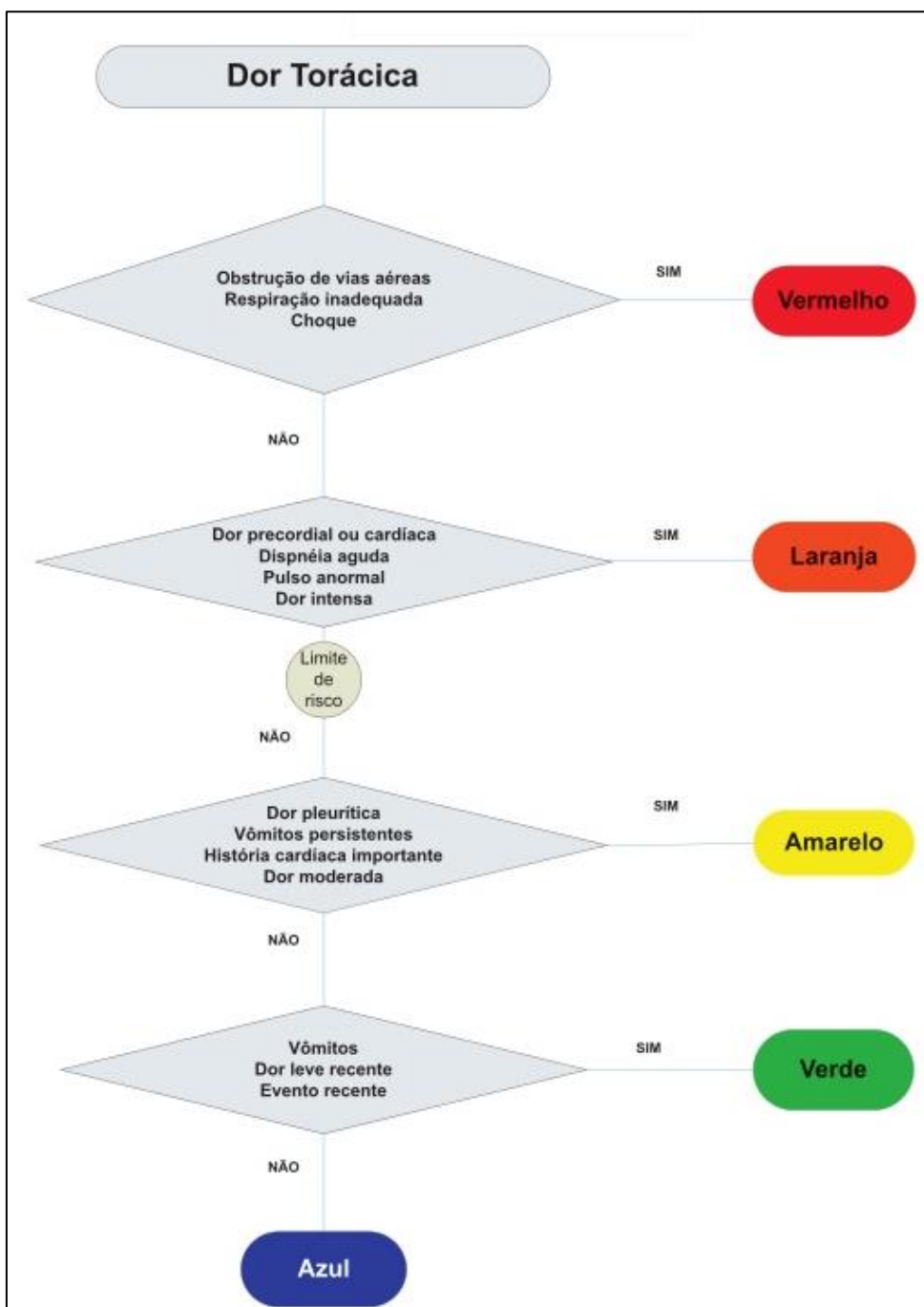
Fonte: (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010).

FIGURA 3 - Fluxograma 1 Protocolo de Manchester



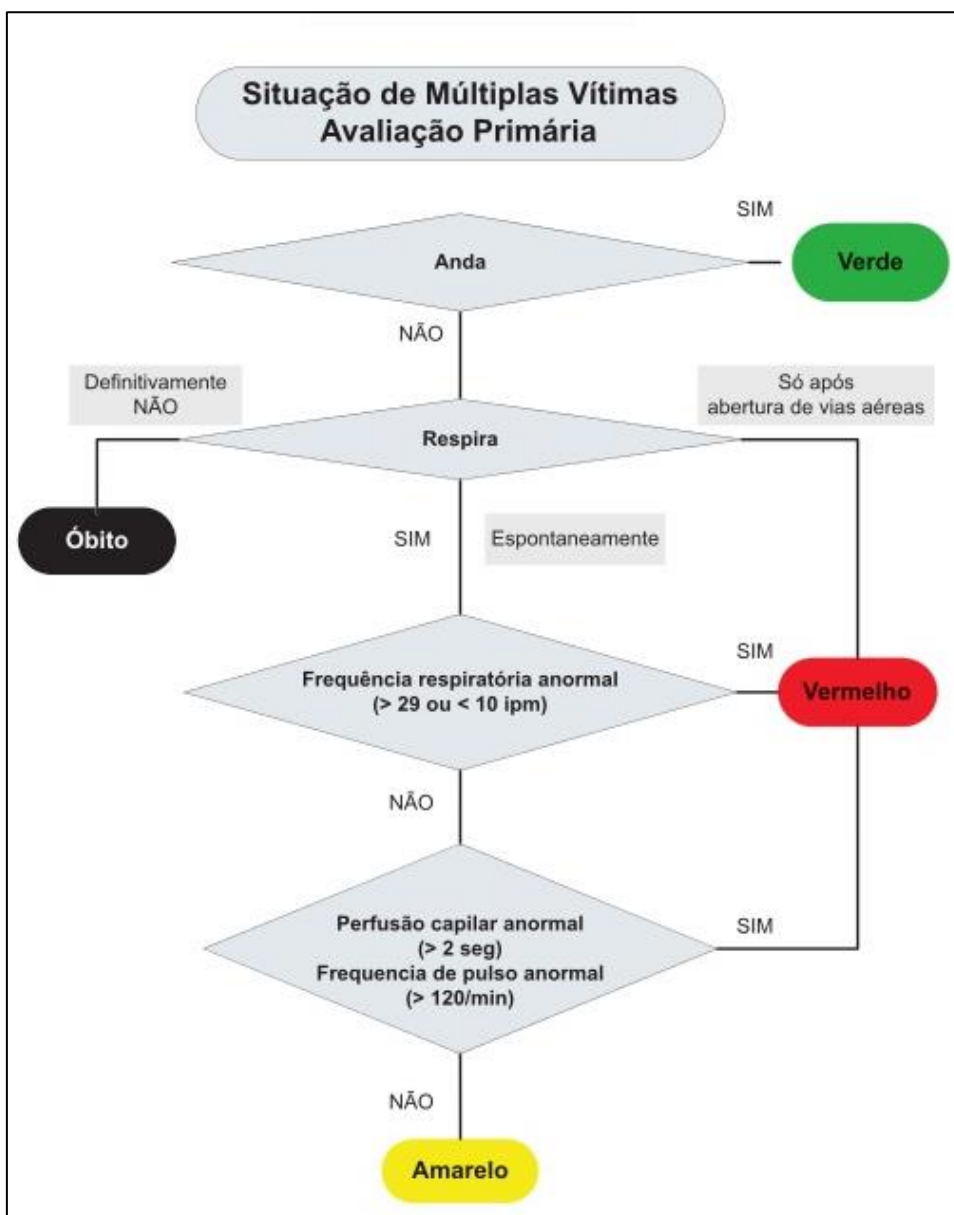
Fonte: (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010).

FIGURA 4 - Fluxograma 25 do Protocolo de Manchester.

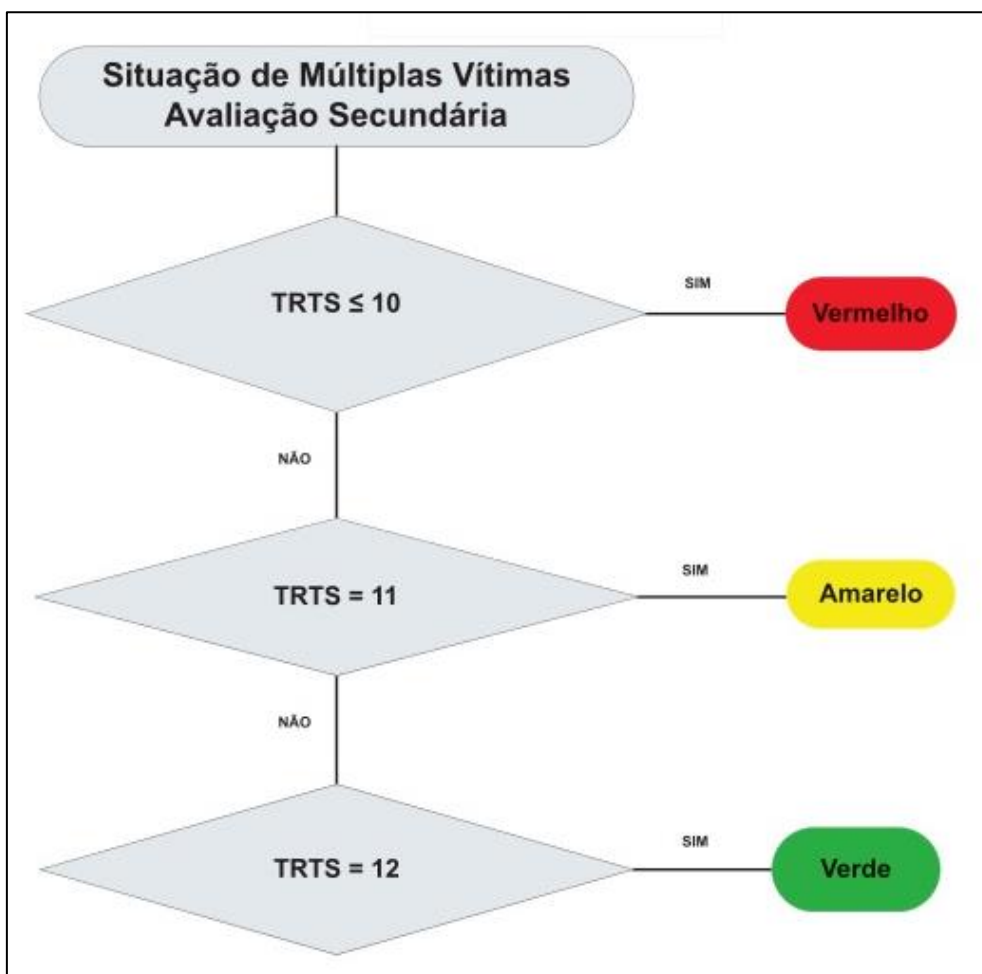


FONTE: (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010).

FIGURA 5 - Fluxograma 51 do Protocolo de Manchester



FONTE: (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010).

FIGURA 6 - Fluxograma 52 do Protocolo de Manchester

FONTE: (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010).

2.5 Papel do Enfermeiro no Acolhimento e Classificação de Risco.

O termo “triagem” significa “seleção, escolha, separação”, na área da saúde é usado rotineiramente para a seleção de pacientes visando o atendimento imediato ou mediato segundo a gravidade de cada um, nas Unidades Básicas de Saúde primeiramente os pacientes passam pelo atendimento de enfermagem, onde são aferidos sinais vitais, peso, altura, em seguida são atendidos pelo enfermeiro na consulta de enfermagem ou pelo médico na consulta médica ou outro profissional da área. Já no ambiente hospitalar, a triagem como classificação de risco tem o objetivo de ordenar a fila, dando a devida prioridade no atendimento médico (COREN, 2010).

O enfermeiro destaca-se pelas suas características generalistas, que lhes permitem assumir a responsabilidade pela avaliação inicial do paciente, iniciar a

obtenção do diagnóstico, encaminhar o paciente dentro do departamento de emergência para área clínica adequada, supervisionar o fluxo de pacientes, ter autonomia e dirigir os demais membros da equipe. Necessitamos, no entanto, nos preocupar com as pessoas que irão ingressar para a área de triagem, elas devem ter perfil, treinamento técnico e científico, objetivando trabalhar com segurança, devem ser dinâmicos e saber fazer uso da sensibilidade e intuição que são inerentes ao cargo (COREN, 2010).

2.6 Metodologias da Pesquisa

De acordo com Gerhardt, Silveira (2010), métodos significa organização, e logos estudo sistemático, pesquisa, investigação a serem percorridos, a metodologia se interessa pela validade do caminho escolhido para se chegar ao fim proposto, ela vai além da descrição dos procedimentos indicando a escolha teórica realizada pelo pesquisador para abordar o objeto de estudo. Embora teoria e método não seja a mesma coisa, são termos inseparáveis, devendo ser tratados de maneira integrada e apropriada quando se escolhe um tema, um objeto ou um problema de investigação.

Conforme Fachin (2006), método é um instrumento do conhecimento que proporciona aos pesquisadores em qualquer área de formação, orientação geral que facilita planejar uma pesquisa, formular hipóteses e interpretar resultados. De acordo com a natureza específica de cada problema investigado, estabelece-se a escolha dos métodos apropriados para se atingir um fim, que é o saber, a escolha do método não deve ser casual.

Podemos definir como um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo fornecer respostas aos problemas que são propostos, a pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema (GIL, 2017).

A pesquisa é desenvolvida mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos e técnicas de investigação científica. Na realidade, a pesquisa se desenvolve ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados (GIL, 2017).

“Ação ou efeito de pesquisar, buscar, indagação, inquirição” (Barsa p.1324).

De acordo com Gil, (2017) podemos citar muito motivos para a realização de uma pesquisa e classificamos em dois grandes grupos: razões de ordem intelectual e razões de ordem prática, a primeira decorre do desejo de conhecer pela própria satisfação pessoal do conhecimento, a segunda do desejo de fazer algo de maneira melhorada, mais eficiente. Para tanto o pesquisador necessita de algumas qualidades, tais como: curiosidade, criatividade, integridade intelectual, atitude auto corretiva, sensibilidade social, imaginação disciplinada, perseverança, paciência e confiança.

A pesquisa bibliográfica é elaborada a partir de material já publicado, normalmente esse tipo de pesquisa traz material impresso, como livros, revistas, jornais, teses e dissertações, porém, devido ao avanço da tecnologia, materiais contidos em discos, CDs e também materiais disponibilizados na internet são utilizados. Praticamente todo trabalho acadêmico requer em algum momento a pesquisa bibliográfica, por isso é disponibilizado um capítulo ou uma seção à revisão bibliográfica, que tem o propósito de fornecer toda a fundamentação teórica ao trabalho (GIL, 2017).

A principal vantagem da pesquisa bibliográfica é o fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente, no entanto, um detalhe pode comprometer em muito a qualidade da pesquisa, pode ocorrer que os dados pesquisados em fontes escritas tenham sido coletados ou processados de forma inadequada, assim sendo o trabalho reproduziria e ampliaria os erros. Para reduzir essa possibilidade, é necessário o pesquisador assegurar-se das condições e analisar cada informação para descobrir possíveis incoerências ou contradições assim como utilizar diversas fontes para confrontar resultados (GIL, 2017).

De acordo com Mendes e Fracoli, (2008) é definida como uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e conduzidos de acordo com uma metodologia clara e reproduzidos, as revisões sistemáticas reúnem grande quantidade de resultados de pesquisas clínicas, discutindo diferenças entre estudos primários que tratam do mesmo objetivo. Esta

metodologia fundamenta-se no Movimento de Pesquisa Baseada em Evidências, que emerge do aumento da produção científica mundial e da necessidade de validar pesquisas realizadas a partir de estudos, a fim de subsidiar a tomada de decisão. Fica claro que esta abordagem se difere das revisões bibliográficas narrativas convencionais, uma vez que demandam uma sequência de etapas com técnicas padronizadas.

Entre as principais características da revisão sistemática estão as fontes de busca abrangentes, a seleção de estudos primários sob critérios aplicados uniformemente e avaliação criteriosa da amostra. Quando a integração de estudos primários é sintetizada, mas não combinada estatisticamente, a revisão pode ser chamada de qualitativa, o tratamento estatístico dado aos resultados obtidos a partir de revisões sistemáticas é conhecido como metanálise e vem sendo utilizado amplamente em todo o mundo. Esta modalidade de pesquisa visa confirmar a efetividade de uma intervenção (MENDES, FRACOLI, 2008).

2.7 Análise e Discussões.

Esta pesquisa utilizou-se da metodologia revisão bibliográfica de periódicos e revistas disponíveis em bases de dados públicas da área da saúde com busca inicial na base BIREME. Os dados seguem no formato de revisão com avaliação por metanálise descritiva.

Realizado a busca pelo assunto geral: protocolo de Manchester, sendo 68 artigos, com acesso integral aos documentos apenas 53 estudos. Sendo 38 artigos. Dentro do período de pesquisa de 2010 a 2018 foram 30 artigos para avaliação geral de acordo com os descritores específicos, sendo que apenas 14 artigos eram gratuitos. De 14 artigos, apenas 7 condiziam com o assunto estudado.

Definidos pelos descritores de pesquisa protocolo de Manchester, classificação de risco, enfermeiro, dificuldade de implantação. Critérios de inclusão de acordo com os descritos no período de publicação de 2010 a 2018, disponíveis de forma integral para a revisão. Os excluídos seguem em não conformidade aos descritores ou indisponibilidade de acesso integral à obra.

Tabela 1: Revisão Bibliográfica dos Estudos Publicados no Período de 2010 a 2018.

Revista de publicação do estudo.	Descrição	Metodologia do estudo	Ano de publicação
Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro	Estudo 01 (E1)	Estudo descritivo, documental, com abordagem quantitativa.	2013
Revista da Escola de Enfermagem USP	Estudo 02 (E2)	Estudo descritivo, retrospectivo.	2013
Revista Baiana de Enfermagem	Estudo 03 (E3)	Estudo qualitativo.	2017
Revista Eletrônica de Enfermagem	Estudo 04 (E4)	Estudo descritivo e documental, com abordagem quantitativa.	2014
Revista Latino Americana de Enfermagem	Estudo 05 (E5)	Estudo descritivo comparativo.	2011
Revista da escola de Enfermagem da USP	Estudo 06 (E6)	Estudo descritivo de revisão de literatura do tipo integrativa	2015
Revista Latino Americana de Enfermagem	Estudo 07 (E7)	Estudo de campo, aplicação de questionário.	2015

Fonte: (TASCA, 2019)

Tabela 2: Títulos dos Estudos, Autores e Categorias.

Estudo	Título do Estudo	Autores	Categoria
Estudo 1 (E1)	Presença da Queixa de Dor em Pacientes Classificados Segundo o Protocolo de Manchester	Ana Paula Silva, Aline Santos Diniz, Franciele Aparecida Araújo e Cristiane Chaves de Souza.	Categoria 1: Falta de conhecimento dos profissionais
Estudo 2 (E2)	Diagnósticos de enfermagem em Pacientes Classificados nos níveis I e II do Protocolo de Manchester	Cristiane Chaves de Souza, Luciana Regina Ferreira da Mata, Emília Campos de Carvalho e Tânia Couto Machado Chianca	Categoria 1: Falta de conhecimento dos profissionais
Estudo 3 (E3)	Protocolo de Manchester e População Usuária na Classificação de Risco: Visão do Enfermeiro	Aline Alves Roncalli, Danielle Nogueira de Oliveira, Izabella Cristina Melo Silva, Robson Figueiredo Brito e Selma Maria da Fonseca Viegas	Categoria 1: Falta de conhecimento dos profissionais; Categoria 3: Falta de estrutura adequada para realização de classificação de risco; Categoria 4: Falta de trabalho interdisciplinar; Categoria 5: Falta de conhecimento dos pacientes para atendimento em unidades de urgência e emergência; Categoria 6: Falta de referência e contra referência.
Estudo 4 (E4)	Demanda Clínica de uma Unidade de Pronto Atendimento, Segundo o Protocolo de Manchester	Aline Santos Diniz, Ana Paula da Silva, Cristiane Chaves de Souza e Tânia Couto Machado Chianca	Categoria 1: Falta de conhecimento dos profissionais Categoria 2: Falta de implantação da SAE/DE.
Estudo 5 (E5)	Classificação de Risco em Pronto-Socorro: Concordância entre	Cristiane Chaves de Souza, Alexandre Duarte Toledo, Luiza	Categoria 5: Falta de conhecimento dos pacientes para atendimento em

	um Protocolo Institucional Brasileiro e Manchester	Ferreira Ribeiro Tadeu e Tânia Couto Machado Chianca	unidades de urgência e emergência .
Estudo 6 (E6)	Produção Científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: Revisão integrativa da literatura	Cristiane Chaves de Souza, Franciele Aparecida Araújo e Tânia Couto Machado Chianca	Categoria 3: Falta de estrutura adequada para realização de classificação de risco
Estudo 7 (E7)	Análise de confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester: concordância interna e entre observadores	Cristiane Chaves de Souza, Tânia Couto Machado Chianca, Welfane Cordeiro Júnior, Maria do Carmo Paixão Rausch e Gabriela Fontoura Lana do Nascimento	Categoria 1: Falta de conhecimento dos profissionais: Categoria 7: Falta de Recursos tecnológicos

Fonte: (TASCA,2019)

2.7.1. Categoria 1: Falta de conhecimento dos profissionais.

De acordo com os autores reconhece-se a importância da avaliação da dor nestes serviços e a necessidade de avaliação de todo paciente com queixa algica. Entretanto, por ser um fenômeno subjetivo, frequentemente há dificuldade em sua avaliação. Além disso, o tipo e gravidade de lesão, a intensidade e local da dor, a quantidade e classe de medicamentos utilizados para o tratamento desta queixa, o número de funcionários disponíveis para atendimento, a alta demanda de pacientes e de serviços, poucos recursos materiais disponíveis contribuem para tornar mais complexa a avaliação do fenômeno doloroso e seu tratamento. No que se refere a avaliação de queixas algicas, o protocolo de Manchester reconhece que esta é uma queixa que deve ser incluída na avaliação de um paciente. Segundo esse protocolo, as queixas de dor podem ser avaliadas como queixa principal do doente em fluxogramas específicos (como os fluxogramas de dor abdominal, cefaleia e dor torácica), ou como queixas secundárias, mediante a utilização da “régua da dor”. Estudo relata que a maioria dos profissionais de enfermagem desconhece

instrumentos para identificação, quantificação e tratamento da dor (E1) (SILVA et al, 2013).

A dor aguda foi o principal Diagnóstico de Enfermagem (DE) identificado nos pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do protocolo de Manchester. Apesar de identificada como a queixa mais frequente entre os pacientes que procuraram os serviços de emergência, a avaliação acurada da dor ainda é deficiente. Estudo realizado com 351 pacientes mostrou que, dos 269 casos em que a dor foi identificada como queixa principal, apenas 49 houve descrição completa de sua avaliação no prontuário do paciente. A falta de identificação da intensidade da dor foi o problema mais frequente entre os casos em que não havia descrição completa da avaliação dessa queixa. Na maioria das vezes, o conhecimento da equipe restringe-se à escala analógica visual como recurso da avaliação da dor, reconhecendo alguns sinais, mas não sendo uma prática sistemática entende-la como quinto sinal vital. A mensuração da dor é um fator importante para determinar a prioridade de atendimento, além de direcionar a escolha da conduta terapêutica, escalas tem sido utilizadas para determinar a percepção de dor, e o conhecimento destes instrumentos é fundamental para avaliação adequada do processo algico. Para serem aplicáveis em serviços de emergência, os instrumentos de avaliação devem ser fáceis e rápidos de utilizar e conter dados que considerem as reações do paciente e a percepção do avaliador (E2) (SOUZA et al, 2013).

A classificação de risco requer do enfermeiro julgamento clínico rápido e habilidades como conhecimento da escala utilizada, olhar clínico que é influenciado pela experiência profissional, paciência e agilidade. Assim reforça-se a necessidade de capacitação prévia dos enfermeiros acerca da metodologia de classificação de risco segundo o protocolo direcionador, afim de que a avaliação do paciente seja acurada e em concordância com o estabelecido no protocolo, de modo a minimizar os erros de classificação decorrentes do manuseio incorreto do mesmo (E4) (DINIZ et al, 2014).

Ressaltam que dos enfermeiros participantes de determinado estudo, a maioria, 79,23% possui entre um e dez anos de graduação, 66,48% afirmam não ter tido nenhum conteúdo sobre classificação de risco durante a formação e 78,12% não tiveram nenhum conteúdo sobre o Sistema de Triage de Manchester (STM) durante a graduação. Para tomar a decisão na classificação de risco, o enfermeiro integra a

avaliação da queixa apresentada pelo paciente com o seu conhecimento adquirido durante a formação e a vida profissional, bem como o ambiente de cuidado no qual está inserido. Assim, embora seja necessário ser habilitado pelo GBCR para utilizar o STM na prática clínica, recomenda-se que conteúdos sobre a classificação de risco e escalas de triagem, em especial STM, sejam incluídos nas disciplinas obrigatórias de formação do enfermeiro desde a graduação. A experiência profissional tem sido apontada na literatura como fator que influencia a tomada de decisão do enfermeiro na triagem, os enfermeiros utilizam o conhecimento e experiências anteriores para fazer inferências e triar os novos casos (E7) (SOUZA et al, 2018).

2.7.2. Categoria 2: Falta de implantação de sistematização de assistência de enfermagem (SAE), Diagnósticos de Enfermagem.

Descrevem que a falta de sistemas que inter-relacionem os Diagnósticos de Enfermagem (DE) resultados e intervenções, utilizando uma terminologia padronizada de enfermagem no atendimento ao paciente grave em unidades de emergência dificultam a comunicação e a assistência ao paciente em situações de risco de vida. A definição de um modelo terminológico para pacientes com incidentes críticos e em risco de vida é importante para preencher uma lacuna atualmente existente na terminologia padronizada de enfermagem. Assim fica claro a importância de desenvolver estudos nos serviços de emergência, sobretudo na classificação de risco, que visem identificar os DE mais frequentes, o que pode contribuir para aprimorar as taxonomias de enfermagem existentes para descrever o que o enfermeiro identifica, avalia e trata em pacientes com incidentes críticos, de modo a dar visibilidade à contribuição do cuidado de enfermagem nesses locais (E4) (DINIZ et al, 2014).

2.7.3. Categoria 3: Falta de estrutura adequada para realização de classificação de risco.

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. 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 de urgência e emergência (E3) (RONCALLI et al, 2017).

Ainda ressalta que a classificação de risco é dependente da interação enfermeiro-paciente para identificação correta da queixa principal que irá ditar a escolha do fluxograma e dos discriminadores utilizados para definir o nível de risco do paciente. Assim, a garantia de um local e recursos adequados para avaliação do paciente, bem como a capacitação prévia dos enfermeiros na utilização do protocolo são intervenções necessárias para aumentar a confiabilidade da classificação de risco (E6) (SOUZA et al, 2015).

2.7.4. Categoria 4: Falta de trabalho interdisciplinar.

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, cita que toda a equipe deve receber o treinamento, desde o segurança, a recepção e o porteiro, para que todos saibam como agir e executar as tarefas desde a chegada à unidade até o primeiro atendimento de enfermagem que acarretará na classificação de acordo com o risco apresentado (E3) (RONCALLI et al, 2017).

2.7.5. Categoria 5: Falta de conhecimento dos pacientes para atendimento em unidades de urgência e emergência.

Observa-se que os enfermeiros entrevistados também perceberam a necessidade de os convênios de saúde ter uma comunicação eficaz sobre a função de uma classificação de risco, pois muitos usuários que procuram o pronto atendimento desconhecem essa prática. O cliente ao contratar um convênio, estabelece a relação entre o pagamento efetuado e a garantia de atendimento e, por desconhecer os critérios de 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 procuram o pronto atendimento. 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 Unidade de Pronto Atendimento (UPA). 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 nos serviços de urgência é marcada pela inversão do fluxo de usuários entre a rede básica e esses serviços, isso resulta na superlotação e na sobrecarga da equipe que atua em UPA (E3) (RONCALLI et al, 2017).

Os profissionais da área apontam divergências entre as necessidades de saúde que levam os usuários a procurar a unidade de urgência e a finalidade do trabalho nesse local, revelando insatisfação com a procura excessiva de pacientes, cujas necessidades não podem ser classificadas como urgência ou emergência, ressaltando assim a necessidade de se lançar mão de estratégias governamentais para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de urgência (E5) (SOUZA et al, 2011)

2.7.6. Categoria 6: Falta de referência e contra referência.

O enfermeiro enfrenta um dilema, pois sabe que esses pacientes não necessitam de um atendimento de urgência e procura encaminhá-los para outro serviço. Entretanto, muitas vezes os encaminhamentos feitos não são efetivos, pois não existe a certeza da resolutividade do problema, isso ocorre devido à ausência de um sistema de contra referência que sustente a orientação que esse paciente recebe no pronto atendimento. A obtenção de referências resolutivas, articulações de todos os níveis de atenção à saúde e organização do fluxo de pacientes são elementos importantes para que se obtenha uma atenção integral e universal a todos os usuários (E3) (RONCALLI et al, 2017).

2.7.7. Categoria 7: Falta de recursos tecnológicos (software).

Diferentemente da versão portuguesa do STM Brasil, a versão alemã foi submetida a processo de adaptação cultural que resultou em alterações de linguagem nos fluxogramas de apresentação e na definição dos discriminadores. Assim, sugere-se a realização de estudo que trate da adaptação cultural e validação do STM para uso no Brasil, de modo a aumentar a confiabilidade do protocolo (E7) (SOUZA et al, 2018).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o estudo realizado, pode-se notar que os profissionais de enfermagem estão presentes de forma eficaz nas unidades de urgência e emergência, notou-se que a função por eles desempenhada é indispensável para a organização do fluxo de atendimento de pacientes que buscam diariamente esses serviços. Foram categorizados 07 itens que apontam as divergências vividas pelos profissionais da área: Falta de conhecimento dos profissionais, falta de implantação de Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), Diagnósticos de Enfermagem, falta de estrutura adequada para realização de classificação de risco, falta de trabalho interdisciplinar, falta de conhecimento dos pacientes para atendimento em unidades de urgência e emergência, falta de referência e contra referência, falta de recursos tecnológicos (software).

O Protocolo de Manchester não visa apresentar um diagnóstico médico, mas sim organizar o atendimento de forma que, quem mais precisa seja atendido com prioridade evitando assim agravamentos de quadros clínicos na espera do primeiro atendimento, o protocolo é visto pelos profissionais como um facilitador na hora de classificar o risco, tendo em vista que os fluxogramas pré-definidos orientam a conduta a ser tomada de acordo com os sinais e sintomas.

Ressalta-se dessa forma que mais estudos sejam realizados na área, com a finalidade de entender quais são as principais dificuldades que esses profissionais enfrentam de modo que novas estratégias possam ser usadas a fim de tornar esse serviço cada vez mais eficiente, favorecendo os usuários e tornando o ambiente de trabalho cada vez mais seguro.

O estudo foi de grande valia, tendo em vista que todo o conhecimento adquirido durante a pesquisa será agregado na vida profissional, pois o assunto é de discussão atual e de grande relevância na área da enfermagem.

4 REFERÊNCIAS

BARSA PLANETA INTERNACIONAL. DICIONÁRIO BRASILEIRO DA LINGUA PORTUGUESA. 18ª Edição, 2001,P: 1324. São Paulo. Vol. III

BRASIL. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf> Acesso em mai. 2019

BRASIL. Constituição Federal (Artigos 196 a 200). Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicao/federal.pdf> Acesso em abr. 2019

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em abr. 2019

BRASIL.PORTARIA Nº 354, DE 10 DE MARÇO DE 2014. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html> Acesso em mai. 2019

BRASIL. PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002. Ministério da Saúde. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> acesso em abr. 2019

BRASIL. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Disponível em:<<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/1366-sus>> Acesso em abr. 2019

CAMARA, Rhamaia Ferreira. Et al. O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão. **Revista Humano Ser – UNIFACEX, Natal – RN**. Ano 2015. Disponível em:<<https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/628/146>>. Acesso em abr. 2019.

COREN. Parecer do Coren-DF, Nº 005/2010. Atribuição da enfermagem na triagem com classificação de risco em urgência. Disponível em:<<http://www.coren-df.gov.br/site/no-0052010-atribuicao-do-profissional-de-enfermagem-na-triagem-com-classificacao-de-risco-nos/>> Acesso em mai. 2019

DINIZ, Aline Santos. Et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Ano: 2014. Disponível em:<<https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n2/pdf/v16n2a06.pdf>>. Acesso em mai. 2019

FACHIN, Odília. Fundamentos de Metodologia. 5ª Edição. EDITORA SARAIVA, 2006.

GBCR, 2013 O Sistema Manchester de Classificação de Risco. Disponível em: <<http://www.gbcr.org.br/>> Acesso em mai. 2019

GERHARDT, Tatiana Engel. SILVEIRA, Denise Tolfo. Métodos de Pesquisa. 1ª Edição. Rio Grande do Sul. Editora UFRGS. Ano: 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>> Acesso em mai. 2019

GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 6ª Edição. São Paulo-SP: ATLAS, 2017.

Horizonte-MG. Editora Coopmed. Ano: 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>. Acesso em mai. 2019.

Humaniza SUS. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/artigos/41286-humanizasus>> Acesso em mai. 2019

IMAGENS GBCR. <<https://www.slideshare.net/rodrigobenfermeiro/fluxograma-manchester/>> Acesso em jun. 2019

LOPES, Ana Lúcia Mendes. FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Revisão Sistemática de Literatura e metassíntese Qualitativa: Considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil**. Ano: 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400020>. Acesso em abr. 2019

PASSEVIP, 2016. <https://passevip.com.br/pulseiras-protocolo-de-manchester/>> Acesso em jun. 2019.

PEREIRA, José Matias. Manual de Metodologia da Pesquisa Científica. 3ª Edição. São Paulo, 2012.

POLIT, Denise. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5ª edição. Porto Alegre-RS: ARTEMED EDITORA S.A., 2004. Portal Regional da BVS, Informação e conhecimento para a saúde. Disponível em: <<https://bvssalud.org/>> acesso em abr. 2019

Portal Regional da BVS: Disponível em <https://bvssalud.org/> acesso em abr 19

RONCALLI, Aline Alves. Et al. Protocolo de Manchester e População Usuária na Classificação de Risco: Visão do Enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**. Ano:

2017. Disponível em:<file:///C:/Users/Terezinha/Downloads/16949-77565-1-PB%20(4).pdf>. Acesso em mai. 2019

SILVA, Ana Paula da. DINIZ, Aline Santos. ARAUJO, Franciele Aparecida. SOUZA, Cristiane Chaves de. Presença da Queixa de Dor em Pacientes Classificados Segundo o Protocolo de Manchester. **Revista de Enfermagem do Centro oeste Mineiro**. Ano: 2013. Vol. 287. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/287>>. Acesso em mai. 2019

SANTOS, Nivea Cristina Moreira. Urgência e Emergência para Enfermagem. 3ª Edição. São Paulo-SP: EDITORA RIDEEL, 2006.

SOUZA, Cristiane Chaves de. MATA, Luciana Regina Ferreira. CARVALHO, Emilia Campos de. CHIANCA, Tania Couto Machado. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo de Manchester. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. Ano: 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-2342013000601318&script=sci_abstract>. Acesso em mai. 2019

SOUZA, Cristiane Chaves de. TOLEDO, Alexandre Duarte. TADEU, Luiza Ferreira Ribeiro. CHIANCA, Tania Couto Machado. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ano: 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf>. Acesso em mai. 2019.

SOUZA, Cristiane Chaves de. ARAÚJO, Francielli Aparecida. CHIANCA, Tânia Couto Machado. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Ano: 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf>. Acesso em mai. 2019

SOUZA, Cristiane Chaves de. Et al. Análise da confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester: concordância interna e entre observadores. **Revista latino Americano de Enfermagem**. Ano: 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3005.pdf>. Acesso em mai. 2019

TEIXEIRA, Valdeci de Assis. OSELAME, Gleidson Brandão. NEVES, Eduardo Borba. O Protocolo de Manchester no sistema Único de Saúde e a Atuação do Enfermeiro. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Ano: 2014. Disponível em:<http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1769/pdf_268>. Acesso em abr. 2019

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim. FARIA, Horácio Pereira de. CAMPOS, Katia Ferreira Costa. Protocolos de Cuidado á saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte-MG. Editora Coopmed. Ano: 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>. Acesso em maio 2019.