



Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



JULIANA RODRIGUES DE SOUZA

**PROTOCOLO DE MANCHESTER: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS
CLASSIFICADORES DE RISCO**

Campo Grande, MS

2014

JULIANA RODRIGUES DE SOUZA

**PROTOCOLO DE MANCHESTER: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS
CLASSIFICADORES DE RISCO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Lúcia Ivo

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Vilma Ribeiro da Silva

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde, Educação e Enfermagem.

Campo Grande, MS

2014

JULIANA RODRIGUES DE SOUZA

**PROTOCOLO DE MANCHESTER: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS
CLASSIFICADORES DE RISCO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a Maria Lúcia Ivo (Presidente)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof^a Dr^a Patrícia Moita Garcia Kawakame (Membro Titular)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof^a Dr^a Maria da Graça da Silva (Membro Titular)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof^a Dr^a Alexandra Maria Almeida Carvalho Pinto
(Membro Suplente)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Campo Grande (MS), _____ de _____ de 2014.

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Roberto e aos meus
pais, **José e Lourdes.**

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que me deu forças, saúde e coragem para seguir este caminho.

Ao meu companheiro e esposo, **Roberto**, que compartilhou de todos os momentos dessa trajetória com muita paciência e carinho.

Aos meus pais, **José e Lourdes**, que me proporcionaram o mais valioso dos bens, a educação. E me fizeram compreender o valor do estudo para a vida.

À Prof^a Dr^a Maria Lúcia Ivo, que me orientou com muita sabedoria, humildade e paciência. Minha admiração e gratidão por dividir parte do seu conhecimento apontando valiosas sugestões para o aprimoramento deste trabalho.

À Prof^a Dr^a Vilma Ribeiro da Silva, que me acolheu e confiou em minha capacidade. Obrigada pelos incentivos constantes em nossos encontros de orientação, pelos ricos ensinamentos e pelo carinho. Minha eterna gratidão por me ajudar na realização deste sonho.

À Prof^a Dr^a Maria da Graça da Silva pelas contribuições no exame de qualificação e na fase final deste trabalho.

Aos familiares e amigos, que sempre me incentivaram e compreenderam as minhas ausências.

Às todas as colegas da primeira turma de Mestrado em Enfermagem, com as quais compartilhei momentos de estudo, conhecimento, amizade e companheirismo.

À amiga Michelle Pinho Hernandes Echeverria, que me incentivou a ingressar no mestrado.

Aos Enfermeiros participantes da pesquisa, pela disponibilidade, carinho e oportunidade de crescimento que me proporcionaram. Minha admiração pessoal e profissional pela contribuição de cada um de vocês.

Ao programa de Pós-graduação em Enfermagem por nos proporcionar excelentes docentes, pela dedicação e incentivo em nossa busca de qualificação.

À Santa Casa que permitiu a realização deste estudo, contribuindo com o ensino, a pesquisa e a extensão dos serviços de saúde.

A todas as pessoas, que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho e que não foram mencionadas, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

A classificação de risco é uma estratégia para organizar as portas do Serviço de Urgência/Emergência, devido as grandes demandas do atendimento, o acúmulo de pacientes e a sobrecarga do trabalho das equipes. Os enfermeiros utilizam protocolos para desempenhar essa atividade, dentre eles o de Manchester que tem sido difundido no Brasil pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. O presente estudo tem como objetivo compreender a aplicação do Protocolo de Manchester na percepção dos enfermeiros em um pronto socorro geral de referência. O método utilizado foi o estudo de caso desenvolvido com enfermeiros classificadores de risco de um Serviço de Urgência e Emergência de Campo Grande/MS, entre setembro e outubro de 2013. Na coleta de dados utilizamos as técnicas de observação não participante e entrevista semiestruturada. O tratamento dos dados foi realizado com análise de conteúdo de Bardin na modalidade de análise temática. Emergiram nos resultados duas categorias temáticas, sendo a primeira: Implementando o acolhimento com classificação de risco por meio do protocolo de Manchester com suas respectivas subcategorias: Reconhecendo as políticas de saúde na orientação da prática assistencial; Utilizando a educação em serviço na implantação do acolhimento com classificação de risco; Direcionando os usuários de menor complexidade para a rede de saúde; Adequando o atendimento com acolhimento e classificação de risco; Expressando segurança na aplicação do protocolo de Manchester; Expressando o sentimento de satisfação profissional; e Trabalhando em equipe multiprofissional. A segunda categoria temática evidenciada: Encontrando dificuldades na realização do acolhimento com classificação de risco, seguida pelas subcategorias: Reconhecendo a grande demanda de atendimento; Detectando dificuldades no direcionamento dos usuários para a rede de saúde; Deparando-se com a resistência médica. Conclui-se que, na percepção dos enfermeiros classificadores de risco, quanto mais aplicam o protocolo de Manchester, mais seguros ficam, no exercício da classificação, afirmaram que as rodas de Educação Permanente possibilitam a integração da equipe multiprofissional contribuindo para a efetivação da classificação de risco. No entanto, a superlotação do pronto socorro prejudica a qualidade do atendimento e aumenta o estresse da equipe. Percebem que a regulação inadequada da rede de saúde colabora para o aumento dessa demanda. As inseguranças evidenciadas foram em relação aos direcionamentos de usuários para a rede de saúde e a falta de apoio da classe médica.

Descritores: Serviços médicos de emergência; Triage; Enfermagem.

ABSTRACT

The risk classification is a strategy for organizing the doors of the Emergency Service due to the high demands of care, the accumulation of patients and the overload of work teams. The nurses use protocols to perform this activity, including the Manchester protocol, that has been disseminated in Brazil by the Brazilian Group Risk Classification. This study aims to understand the implementation of the Manchester protocol in the perceptions of nurses at an emergency general distress reference. The method used was the case study developed with nurses classifiers risk of Emergency Service in Campo Grande / MS, between September and October 2013. Data collection techniques used non-participant observation and semi-structured interview. Data analysis was performed using content analysis of Bardin in the form of thematic analysis. Results emerged in two thematic categories, the first being: Implementing the host with the risk classification using the Manchester protocol with their respective subcategories: Recognizing health policies in guiding care practice; Using the in-service education in the implementation of the host with risk classification; Directing users to a less complex network of health; Adapting the service to host and risk rating; Expressing certainty in the application of the protocol Manchester; Expressing the sense of job satisfaction; and Working in multidisciplinary team. The second thematic category shown: Finding difficulties in the host with risk rating, followed by subcategories: Recognizing the high demand for service; Detecting difficulties in directing users to the network of health; Faced with medical resistance. We conclude that, in the perception of nurses classifiers risk, the more applicable protocol Manchester, safer staying in ranking exercise, said that the wheels of Continuing Education enables the integration of the multidisciplinary team contributing to the effectiveness of the classification of risk. However, emergency room overcrowding undermines the quality of care and increases the stress of staff. Perceiving where inadequate regulation of the health system contributes to this increased demand. The insecurities were evident in relation to the directions of users to the network of health and the lack of support from the medical profession.

Descritores: Emergency Medical Services; Triage; Nursing.

RESUMEN

La calificación de riesgo es una estrategia para la organización de las puertas de la sala de urgencias / emergencias, debido a la alta demanda de atención, la acumulación de los pacientes y la sobrecarga de los equipos de trabajo. Las enfermeras utilizan protocolos para llevar a cabo esta actividad, incluyendo del protocolo del Manchester que se ha difundido en el Brasil por la Clasificación de Riesgos del Grupo brasileño. Este estudio tiene como objetivo comprender la aplicación del protocolo del Manchester en las percepciones de las enfermeras en una sala de urgencias / emergencias general y del referencia. El método utilizado fue el estudio de caso desarrollado con enfermeras clasificadores riesgo de servicios de Emergencias y Campo Grande / MS, entre septiembre y octubre 2013. Las técnicas de recolección de datos utilizada observación no participante y la entrevista semi-estructurada. Los datos fueron analizados utilizando el análisis de contenido de Bardin en forma de análisis temático. Resultados emergieron en dos categorías temáticas, la primera fue: Implementar el host con la clasificación de riesgo utilizando el protocolo Manchester con sus respectivas subcategorías: Reconociendo las políticas de salud en la orientación de la práctica de atención; Uso de la educación en servicio en la aplicación de la máquina con clasificación de riesgo; Dirigir a los usuarios de una red menos compleja de la salud; Adaptar el servicio para alojar y calificación de riesgo; Expresando certidumbre en la aplicación del protocolo de Manchester; Expresando el sentimiento de satisfacción en el trabajo; y trabajar en equipo multidisciplinario. La segunda categoría temática se muestra: encontrar dificultades en el huésped con calificación de riesgo, seguida de las subcategorías: Reconociendo la gran demanda de servicios; La detección de las dificultades para dirigir a los usuarios a la red de la salud; Frente a la resistencia médica. Llegamos a la conclusión de que, en la percepción de las enfermeras clasificadores de riesgo, el Manchester protocolo más aplicable, estancia segura en ejercicio de clasificación, dijo que las ruedas de Educación Continua permite la integración del equipo multidisciplinario que contribuye a la eficacia de la clasificación de riesgo. Sin embargo, el hacinamiento sala de urgencias socava la calidad de la atención y aumenta el estrés del personal. Percibiendo donde la regulación inadecuada del sistema de salud contribuye a este aumento de la demanda. Las inseguridades eran evidentes en relación con las direcciones de los usuarios a la red de salud y la falta de apoyo de la profesión médica.

Descritores: Servicios médicos de emergencia; Selección; Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATS	<i>Australasian Triage Scale</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTAS©	<i>Canadian Triage Acuity Scale</i>
EP	Educação Permanente
ESI	<i>Emergency Severity Index</i>
GBCR	Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
GPT	Grupo Português de Triagem
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RUE	Rede de Atenção às Urgências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
STM	<i>Manchester Triage System</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Modelo da construção teórica das categorias temáticas	p.34
---	------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DO ESTUDO	17
2.1 O cenário da urgência e emergência hospitalar	17
2.2 A evolução da classificação de risco	19
2.3 O protocolo de Manchester	21
2.4 O enfermeiro classificador de risco	22
3 OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo geral	24
3.2 Objetivo específico	24
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	25
4.1 Natureza do estudo	25
4.2 Cenário do estudo	26
4.3 Participantes do estudo	27
4.4 Aspectos éticos	27
4.5 Procedimentos para coleta dos dados	28
4.5.1 Instrumentos utilizados	28
4.5.2 Observação não participante	29
4.5.3 Entrevista	30
4.6 Tratamento e análise dos dados	31
4.6.1 A sistematização dos dados e a construção das categorias temáticas	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1 Categoria temática 1 - Implementando o acolhimento com classificação de risco por meio do protocolo de Manchester	36
5.2 Categoria temática 2 - Encontrando dificuldades na realização do acolhimento com classificação de risco	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	61
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIRO)	63
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO SANTA CASA	65
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIAL DO CEP	66
ANEXO C - ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SEGUNDO A PRIORIDADE/COR E O TEMPO- RESPOSTA	68

ANEXO D - FLUXOGRAMA DE APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER	69
ANEXO E - EXEMPLO DE FLUXOGRAMA DE PRIORIDADE CLÍNICA PARA QUEIXA DOR TORÁCICA, SEGUNDO O PROTOCOLO DE MANCHESTER.	70

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os serviços de urgência e emergência dos hospitais, em todo o mundo, têm recebido um grande número de doentes com diferentes tipos de problemas. Assim, a sobrecarga de trabalho nos serviços de emergência é inconstante, pois, depende do número de pessoas atendidas e da gravidade dos casos (JONES, 2010).

Os serviços de emergência têm como objetivo prestar atendimentos de alta complexidade e diversidade aos usuários com agravo à saúde, garantindo as manobras de sustentação à vida. Porém, grande parte da população não tem acesso regular a estes serviços e ainda os utilizam para situações não agudas. Além do aumento da expectativa de vida, há também a falta de leitos para internação nas redes públicas que ocasionam a lotação nos serviços emergenciais dificultando o atendimento (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; CALIL; PARANHOS, 2010).

O interesse pela área de urgência e emergência teve início na graduação em enfermagem, durante a realização de um estágio extracurricular no pronto socorro de um hospital de referência em Campo Grande/MS. Essa experiência me estimulou a conhecer melhor esse cenário e algumas indagações começaram a emergir no tocante à prática do enfermeiro em urgência e emergência, particularmente nos aspectos gerenciais focados na capacidade de organizar processos visando à integralidade da atenção e a qualidade do cuidado em situações críticas.

Após sete anos de prática profissional, no início de 2011, recebi uma proposta para assumir o cargo de enfermeira gerente do pronto socorro de um hospital geral, referência em Campo Grande. Assim, obtive a oportunidade de vivenciar a realidade do serviço, as deficiências do setor de regulação de vagas em controlar/regular a porta de entrada, as lacunas da rede básica de saúde em atender a população.

Adquiri experiências, expandi meus conhecimentos, desenvolvendo práticas assistenciais, gerenciais, além de participar da implantação do processo de acolhimento com classificação de risco. O exercício desse cargo ampliou-me a visão sobre a rede de saúde e a necessidade de integração dos diferentes níveis de

complexidade para garantir os princípios de equidade, universalidade, integralidade propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No cotidiano desse serviço, percebi que o atendimento no pronto socorro constitui área relevante de atuação do enfermeiro, não só pela complexidade e especificidade das ações do cuidar, mas pelo gerenciamento dos recursos humanos e materiais, troca de informações com os setores de apoio e sistema de regulação local, das ações assistências em saúde. Além de atuar junto à equipe na busca por uniformidade na aplicação da classificação de risco.

A Classificação de Risco foi proposta para reorganizar o atendimento na entrada dos serviços de urgência. É um processo dinâmico realizado por meio de protocolo tendo em vista dar agilidade ao atendimento. Tem por objetivo a identificação dos usuários mais necessitados de tratamento imediato e, de acordo com o potencial de riscos, agravos à saúde ou grau de sofrimento; não mais impessoal e por ordem de chegada (ABBÊS; MASSARO, 2004; BRASIL, 2004a; FARROHKNIA et al., 2011; JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde adotou em 2004 o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização (PNH). Segundo Abbês e Massaro (2004), o Acolhimento é uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros: técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

Este conceito também foi adotado pela Política Nacional de Atenção Hospitalar em 2013 que diz que o acolhimento é a "escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade" (BRASIL, 2013b). Portanto, estas tecnologias, Acolhimento e Classificação de Risco têm objetivos diferentes, embora complementares, e não podem funcionar separadamente na prática assistencial (BRASIL, 2004a).

Em 2012, vislumbrando a qualificação do serviço, o gerenciamento das divergências entre a equipe de saúde do pronto socorro e incorporando os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) como veículo das novas possibilidades de organização das práticas do setor, o hospital no qual atuo, investiu na certificação

de um grupo de enfermeiros e médicos para a realização da classificação de risco com a utilização do protocolo de Manchester.

A atuação do enfermeiro classificador de risco envolve especificidades e articulações indispensáveis à gerência do cuidado a usuários em situações de urgência, que requerem conhecimento científico, manejo tecnológico, acolhimento e humanização, que são extensivas aos familiares pelo impacto inesperado de uma situação de agravo à saúde. O desenvolvimento desse conjunto de habilidades tem me instigado a pensar sobre as atividades do enfermeiro classificador de risco e sobre sua percepção a cerca dessa prática profissional.

Acredito que a atividade de pesquisa contribui para a qualidade da atuação profissional; e com o desenvolvimento desse estudo, pretendo alcançar a percepção dos enfermeiros sobre a aplicação do protocolo de Manchester em um pronto socorro, de um hospital de referência.

2. CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DO ESTUDO

2.1 O Cenário da urgência e emergência hospitalar

A grande demanda pelos serviços de urgência e emergência hospitalares, nos últimos anos, é decorrente da modificação do perfil epidemiológico e de morbimortalidade nas áreas metropolitanas, em especial o crescimento do número de acidentes e da violência urbana. A estruturação inadequada da rede tem contribuído para uma sobrecarga destes serviços que estão disponibilizados para atender a população. Logo, esta área tem se transformado numa das mais problemáticas para os sistemas de saúde (BRASIL, 2004a; BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Uma reflexão sobre a situação da saúde pública brasileira e o impacto nos serviços de emergência, mostra que a influência dos serviços: primário e secundário aumenta a demanda dos serviços terciários. O reflexo destas influências torna o pronto socorro um recurso para o acesso do usuário à rede de atenção à saúde, ocasionando sobrecarga no atendimento e uma assistência hospitalar fragmentada, devido à ocorrência de ações específicas e imediatistas (VALENTIM; SANTOS, 2009).

Considerando a dinâmica dos serviços de urgência e emergência caracterizada pelo excedente de atendimentos e fragmentação dos processos, impõe-se a necessidade de implantação de dispositivos que priorizem os atendimentos, não só para aliviar o sofrimento, mas principalmente para salvar vidas (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

A organização do fluxo e a demanda dos usuários atendidos nas unidades de urgência mostram um grande desafio para as autoridades brasileiras, uma vez que a estruturação dos programas de saúde pública está implantada em todos os níveis de atenção. Em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) ganhou destaque por caracterizar um conjunto de ações integradas visando mudar os padrões de assistência ao usuário dos hospitais públicos brasileiros, por meio do aprimoramento das relações entre os profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2001).

Em 2002, foi publicado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência em anexo à Portaria GM nº 2.048 do Ministério da Saúde. Este veio para atender a necessidade de aprofundar o processo de consolidação desses Sistemas, aperfeiçoar as normas já existentes e acompanhar as prerrogativas da humanização da assistência, além de criar os Núcleos de Educação (BRASIL, 2002).

Os elevados índices de mortalidade no país são causados principalmente por dois fatores: as doenças do aparelho circulatório, que são consideradas as principais causas de mortes no Brasil e pelas mortes traumáticas que, muitas vezes, são provenientes da violência. Com isso, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências em 29 de setembro de 2003, através da Portaria nº. 1.863, para garantir a regionalização, a universalidade, integralidade e a humanização no atendimento (BRASIL, 2003).

Para reordenar os fluxos de referência e contra referência dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e, para integrar os serviços de urgência hospitalar nos demais níveis de atenção, foi publicada a Portaria nº 1.828/GM/MS por meio de regulação médica das urgências que estabeleceu as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências (BRASIL, 2004b).

Em 2004, a humanização deixa de ser um programa do governo e passa a ser uma política transversal na rede SUS, isto é, a Política Nacional de Humanização. O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco proposto pela PNH defende a assistência por nível de agravo do paciente e afirma ser uma das principais diretrizes que orienta a produção do cuidado com a saúde (BRASIL, 2004a).

A implementação dessas ações e a avaliação dos impactos gerados levaram alguns anos até que a Política Nacional de Atenção às Urgências foi reformulada em 2011 pela Portaria nº 1.600/GM/MS. Foi instituída a Rede de Atenção às Urgências (RUE) no SUS, que visa ampliar o acesso e o acolhimento dos usuários com a garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento (BRASIL, 2011b).

No mesmo ano, a Portaria nº 2.395/GM/MS que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências do SUS, propõe a ampliação e a qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda e de longa permanência, dos leitos de Unidade de Terapia

Intensiva (UTI) e a organização das linhas de cuidados prioritários de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular. No artigo 4º, a Portaria ainda reforça as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências enfatizando o atendimento priorizado, mediante o acolhimento por classificação de riscos (BRASIL, 2011a).

Por meio desta portaria, várias estratégias foram implementadas para a organização das redes de urgência e emergência. Como os projetos de readequação física e tecnológica das portas das urgências, para a adequação de ambiência, assistência e observância dos pressupostos da PNH e das normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Em 2012, a Portaria nº 1.663/GM/MS dispõe sobre o Programa SOS Emergência no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Prevê incentivos financeiros para adequação física e tecnológica dos serviços de urgência que cumprirem as exigências desta portaria dentre elas, a implantação do acolhimento com classificação de risco (BRASIL, 2012).

No final de 2013 foi instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde por meio da Portaria nº 3.390/GM/MS (BRASIL, 2013b).

Esta evolução das políticas nacionais quando voltadas para os serviços de urgência e emergência mostra que, ao longo dos seus 20 anos de existência, o Sistema Único de Saúde tem avançado, nessa área, e o reflexo dessas ações geram impactos na prática assistencial (BRASIL, 2009; VALENTIM; SANTOS, 2009).

2.2 A evolução da classificação de risco

O termo triagem vem do verbo francês *trier*, que significa tipar, escolher, separar. A triagem teve origem nas guerras napoleônicas como método de separar os feridos que precisavam de atendimento mais urgente. É atribuído ao Baron Dominique Jean Larrey, cirurgião chefe de Bonaparte na Revolução Francesa, a concepção de avaliar rapidamente e identificar soldados feridos, separar os que necessitavam de atenção médica e priorizar o tratamento para recuperação rápida e retorno ao campo de batalha (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACK, 2007;

JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010; Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2009).

Na enfermagem, pode-se considerar que Florence Nightingale, ao atuar na guerra da Criméia, em 1.854, iniciou a classificação de acordo com o tipo de tratamento e com a gravidade dos casos (VARGAS et al., 2007).

Nas décadas de 1950 e 1960 iniciou a classificação de risco nos hospitais civis dos Estados Unidos, deixando de ser uma atribuição apenas militar. Até 1962 os médicos faziam a triagem. Nesse ano, o Hospital Parkland, no Texas, introduziu o enfermeiro como triador, o que gerou polêmicas entre a comunidade médica, mas também serviu de modelo para outros serviços. Entre 1970 e 1980, as discussões focaram-se nas questões éticas e no potencial de redução do tempo de espera dos usuários. Tendo sido a Inglaterra o país com maior avanço na realização de classificação de risco em seus departamentos de emergência (LAHDET et al., 2009).

No início da década de 90, a classificação de risco já era amplamente difundida, porém com pouca padronização e ainda com características intuitivas, iniciando-se assim as pesquisas para validação das diretrizes utilizadas, avaliação da eficácia e aplicabilidade dos sistemas utilizados. Os serviços da Austrália foram os primeiros a formalizarem uma triagem estruturada, em meados dos anos 70, desenvolvendo uma escala de cinco prioridades baseadas em tempo-alvo e cor, que foi modificada nos anos 90, adotada como parte da política de triagem pelo Australasian College for Emergency Medicine - ACEM e, em 2000, passou a se chamar Australasian Triage Scale (FRY; BURR, 2002; ACEM, 2005).

Os protocolos validados e confiáveis que se consolidaram, internacionalmente como métodos cientificamente embasados para realizar a triagem nas unidades de emergência são: a escala norte-americana – Emergency Severity Index (ESI); a escala australiana – Australasian Triage Scale (ATS); o protocolo canadense – Canadian Triage Acuity Scale (CTAS©) e o protocolo inglês – Manchester Triage System (LAHDET et al., 2009; CHRIST, M, et al., 2010; JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

O protocolo de Manchester foi introduzido no Brasil, em 2008 e, desde 2013, está sendo implementado no pronto socorro, cenário deste estudo, razão pela qual será analisado de forma particularizada.

2.3 O protocolo de Manchester

O protocolo de Manchester foi desenvolvido na cidade de Manchester na Inglaterra, em 1994, fundamentado na necessidade de enfermeiros e médicos para fins de obterem um consenso embasado em evidências científicas, para priorização de atendimentos. O protocolo foi utilizado pela primeira vez, em 1997, na mesma cidade onde foi elaborado. No ano de 2000, dois hospitais portugueses iniciaram a sua utilização, sendo criado o Grupo Português de Triage (GPT). Esta prática foi difundida em vários países como Austrália, Nova Zelândia, Holanda, Alemanha, Itália, Japão, Canadá, Brasil e outros (LAHDET et al., 2009; JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

No Brasil, foi ministrado o primeiro curso em 2007, pelo GPT em Belo Horizonte – MG. A versão brasileira validada do protocolo Manchester encontra-se registrada pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), que é o responsável pela certificação dos profissionais e é o órgão regulador oficial do protocolo no Brasil autorizado pelo *Manchester Triage Group* (MTG) e *British Medical Journal*, detentores dos direitos autorais. Este instrumento foi introduzido em Minas Gerais e se expandiu pelo Brasil (CORDEIRO JÚNIOR; MAFRA, 2010).

Segundo Jones (2010), a triagem é um sistema de gerenciamento de risco clínico e foi implementado em todo o mundo para gerenciar com segurança quando a necessidade de atendimento de uma população exceder a capacidade.

O Protocolo de Manchester, segundo Jones, Marsden e Windle (2010), se propõe a gerenciar esse fluxo e é baseado em três princípios: a alocação exata da prioridade clínica; tempo de classificação de três minutos e o diagnóstico clínico, no qual, não está precisamente associado à prioridade clínica.

O enfermeiro utiliza de estratégias de tomada de decisão (raciocínio, reconhecimento de padrões, formulação repetitiva de hipóteses, representação mental e intuição) para desenvolver este processo. Um fluxograma é elencado, a partir da queixa inicial do paciente, que deve ser coletada e, resumidamente, registrada pelo enfermeiro. Cada fluxograma de apresentação possui discriminadores gerais e específicos apresentados na forma de perguntas. Os discriminadores diferenciam os usuários entre si de tal forma que eles possam ser alocados em uma das cinco prioridades clínicas (ANEXO - C), que são categorias

em cores: emergente – vermelho; muito urgente – laranja; urgente – amarelo; pouco urgente – verde, e não urgente - azul (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Cada categoria possui um tempo alvo para o atendimento que são respectivamente: 0, 10, 60, 120 e 240 minutos (ANEXO - C). Assim, é garantido aos usuários, com maior gravidade ou vulnerabilidade, atendimento com prioridade (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Os discriminadores gerais estão presentes de forma repetida em vários fluxogramas, já os específicos se aplicam em situações pontuais. Dessa maneira ao comparar os discriminadores "dor aguda" e "dor pleurítica" o primeiro discriminador é o geral e o segundo é o específico (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Resumidamente, a queixa do paciente leva a um fluxograma de apresentação (ANEXO - D), composto pelos discriminadores (ANEXO - E) e as respostas positivas ou negativas a esses discriminadores levam a uma prioridade clínica definida por cores, que correspondem à gravidade e ao tempo máximo que o paciente pode esperar pelo atendimento (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Estudos evidenciaram que o enfermeiro devidamente treinado e certificado é o profissional mais indicado para realizar a classificação de risco (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). Por isso, iremos nos aprofundar nesse tema e nessa atuação.

2.4 O enfermeiro classificador de risco

O manejo da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência requer equipes envolvidas, preparadas e capazes de identificar as necessidades prioritárias do paciente para fins de obter uma avaliação correta das situações estabelecidas pelos protocolos institucionais. Para Acosta; Duro e Lima (2012), o profissional mais adequado para realizar a classificação de risco é o enfermeiro. Pois, é ele quem possui as habilidades e conhecimentos específicos na avaliação do usuário e na tomada de decisão para a definição da prioridade de atendimento utilizando de conhecimento clínico e administrativo, além da intuição e comunicação.

Estudos realizados em Portugal, após experiência de cinco anos de utilização do protocolo de Manchester, demonstrando as diferenças entre o profissional

médico e o enfermeiro na função de classificador, indicaram que o enfermeiro mantém a taxa de precisão acima de 95% por ser mais disciplinado (LIPLEY, 2005).

Na Espanha, inicialmente, o processo de triagem era realizado por médicos e só a partir de 1999, depois de dúvidas e controvérsias, a Sociedade Espanhola de Enfermeiros de Urgência acolheu e propôs ser esta uma atribuição própria de enfermeiros (ATAACK et al., 2004).

No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamentou a atividade de classificação de risco e priorização da assistência em serviços de urgência como privativa do enfermeiro por meio da Resolução COFEN nº 423/2012, pois é o profissional dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento (COFEN, 2012).

Sendo assim, a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência hospitalares no Brasil é realizada por enfermeiros, e enfrentam inúmeros desafios no sentido de atender às demandas dos clientes internos e externos, a fim de alcançar a excelência assistencial.

Por isso, o presente estudo propõe-se a investigar como ocorre a aplicação do protocolo de Manchester na percepção do enfermeiro, tendo como questão norteadora – *"Como se dá a aplicação do Protocolo de Manchester na percepção dos enfermeiros classificadores de risco?"*.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Compreender a aplicação do Protocolo de Manchester na percepção dos enfermeiros atuantes no pronto socorro de um hospital geral de referência, em Campo Grande - MS.

3.2. Objetivo específico

- Descrever a percepção dos enfermeiros classificadores de risco sobre a aplicação do protocolo de Manchester.
- Apontar as estratégias utilizadas no processo de implantação do protocolo de Manchester na percepção dos enfermeiros classificadores de risco.

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1. Natureza do estudo

A estratégia metodológica desta pesquisa foi o **estudo de caso**, que é uma das principais modalidades de pesquisa das ciências sociais e busca alcançar a compreensão abrangente do grupo estudado e tornar possível desenvolver declarações teóricas, de modo mais amplo, sobre as estruturas sociais (BECKER, 1993).

O estudo de caso fornece ao pesquisador a oportunidade de adquirir um conhecimento íntimo da condição, pensamento, sentimentos e ações (passado e presente), intenções e ambiente em que o sujeito vive (IVO, 2007). O resultado válido será apenas para o caso que é estudado, sem generalizações (MINAYO, 2008; TRIVINOS, 1994).

É uma pesquisa que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural. Dessa maneira, necessita-se que o pesquisador mantenha-se atento para conhecer o contexto, as relações interpessoais envolvidas, sentimentos e valores, o que vai favorecer uma apreensão mais complexa do objeto estudado. É efetivado por meio da integração e convergência de diversas técnicas, como observação, entrevista, análise em documentos, minutas de reuniões, relatórios, dados estatísticos e outras informações que possam constituir evidências (YIN, 2001).

Os passos a serem seguidos na elaboração do estudo de caso segundo Polit e Hungler (1995) são:

1. Delineamento da área ou problema a ser estudado;
2. Coleta de dados - o pesquisador pode usar uma ou combinar várias técnicas para a coleta de dados tais como: observação, entrevista, diário de campo, dados estatísticos e outros;

3. Análise e interpretação - nas interpretações dos dados, deve-se atentar para o perigo da subjetividade (interferência) devido a familiarização do pesquisador com o objeto na elaboração do caso.

O presente estudo buscou conhecer em profundidade o grupo de classificadores de risco, suas concepções sobre a realidade vivenciada, seus sentimentos e ações frente à prática assistencial que desempenham.

4.2. Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido no Pronto Socorro da Associação Beneficente de Campo Grande – ABCG, mais conhecida como "Santa Casa". Fundada em 1919, é o maior Hospital do Estado de Mato Grosso do Sul. Atende a população da capital, os 79 municípios do Estado, outros estados e os países vizinhos (FERREIRA, 2013).

A Santa Casa está credenciada como Hospital do Tipo III. Esta instituição conta com recursos tecnológicos e humanos adequados ao atendimento das urgências e emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica, segundo as prerrogativas da Portaria nº 2.048/GM/MS (BRASIL, 2013).

Neste hospital é destinado, em média, 89% da capacidade operativa aos usuários do SUS. É um hospital de referência estadual nas seguintes áreas: neurocirurgia, urgência e emergência, transplantes (cardíaco, hepático, renal, córnea e válvula cardíaca), cirurgia cardíaca, ortopédica, gestação de alto risco, UTI (especial e neonatal) e no tratamento de queimaduras e oncologia. No município, possui o maior e mais completo Pronto Socorro (adulto e pediátrico) da região (FERREIRA, 2013).

Em 2012, realizou 21.995 atendimentos no pronto socorro pediátrico e 50.640 no pronto socorro adulto, totalizando 72.640 atendimentos. Respondendo a 80% dos atendimentos de urgência e emergência de Campo Grande (ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CAMPO GRANDE, 2012b).

A equipe de enfermagem do pronto socorro é constituída por 22 enfermeiros e 102 técnicos de enfermagem que são escalados nos ambientes denominados sala de emergência, sala de decisão clínica (observação), sala amarela (terapia intensiva) e o acolhimento e classificação de risco.

No acolhimento e classificação de risco trabalham um enfermeiro e um técnico de enfermagem, apoiados por um porteiro, recepcionista e assistente social que atuam no acolhimento dos usuários e acompanhantes.

Para atender as recomendações do Ministério da Saúde e organizar a porta de entrada do serviço de urgência e emergência, a Santa Casa, em 2010, iniciou a Classificação de Risco, baseando-se nas orientações do HumanizaSUS (BRASIL, 2004a).

Em 2012, a instituição adquiriu o direito ao uso do Protocolo de Manchester. A adoção deste protocolo requer o cumprimento das exigências feitas pelo GBCR na implementação da sistemática no Brasil (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Em agosto de 2012, um grupo de enfermeiros e médicos participou da capacitação para aplicação do Protocolo de Manchester. Os profissionais certificados como Classificadores de Risco iniciaram em fevereiro de 2013, o processo de implantação do Protocolo no Serviço de Urgência e Emergência da Santa Casa (ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CAMPO GRANDE, 2012a).

4.3. Participantes do estudo

Participaram da pesquisa todos os enfermeiros classificadores de risco atuantes no Pronto Socorro da Santa Casa, que apresentaram disponibilidade e vontade de participar da pesquisa.

Em cumprimento à observação dos pressupostos que orientam a pesquisa qualitativa, as falas se tornaram reincidentes, após a décima entrevista, dando mostras de saturação. Porém, frente à expectativa de participação de outros dois enfermeiros, os mesmos foram entrevistados, confirmando a saturação das falas.

4.4 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos vinculado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Conselho Nacional de Saúde), sob o número de parecer nº 383.325 (Anexo B).

A pesquisa foi realizada com a devida autorização da instituição e expedida pela Gerência de Ensino e Pesquisa da Associação Beneficente de Campo Grande (Anexos A).

4.5 Procedimentos para coleta dos dados

A pesquisadora fez contato pessoalmente com os enfermeiros classificadores de risco e realizou esclarecimentos a respeito do estudo.

Os profissionais que concordaram em participar do estudo definiram data e horários mais adequados para que a pesquisadora coletasse os dados. Antes da coleta dos dados foram entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura (Apêndices B). O TCLE constou de duas vias, as quais todas foram assinadas pela pesquisadora e pelos participantes da pesquisa, sendo uma via retida pelo participante e a outra arquivada pela pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada e preparada, na própria Instituição. Este cuidado em ter um ambiente privativo foi tomado para evitar interrupções que prejudicassem as entrevistas. Estas foram realizadas após o período de observação não participante.

No sentido de preservar o anonimato, os participantes foram nominados por meio de letras e números.

Todas as gravações TCLE, as anotações do diário de campo e as entrevistas transcritas serão arquivadas pelo período de cinco anos pela pesquisadora, garantindo o sigilo das informações, sendo posteriormente incineradas.

4.5.1 Instrumentos utilizados

Para atender aos objetivos deste estudo foram realizadas as técnicas de observação não participante e entrevista semi-estruturada (Apêndice A).

As referidas técnicas, em conjunto, permitiram apreender a dinâmica do trabalho do enfermeiro classificador de risco, bem como compreender os significados que esses profissionais atribuem a essa prática.

4.5.2 Observação não participante

A observação ocupa lugar privilegiado nas pesquisas qualitativas, permitindo que o pesquisador se aproxime mais da perspectiva dos sujeitos. Segundo Becker (1993), o observador se coloca na vida da comunidade de modo a poder ver, o que as pessoas fazem enquanto realizam suas atividades diárias. Ele registra suas observações, repara na interação das pessoas com as outras, o conteúdo e as consequências dessas alterações.

A observação não participante é utilizada como processo no qual se mantém a presença do observador sem interferências, em determinada situação social com a finalidade de fazer uma investigação científica. O observador pode não participar em absoluto, como se estivesse atrás de uma tela que permite que ele veja os participantes, mas não permite que eles o vejam (BECKER, 1993). O observador presencia o fato, mas não se integra ao grupo observado, permanecendo fora dele, permitindo o uso de instrumentos de registro, sem influenciar no objeto de estudo (MARCONI; LAKATOS, 2011).

As observações devem ser registradas o mais breve possível, em um instrumento denominado diário de campo. Nele, o pesquisador anota todas as informações referentes às conversas informais, comportamentos, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa, os sentimentos, os comportamentos e as atitudes (BECKER, 1993; MINAYO, 2008).

Assim, a observação foi realizada para uma aproximação dos participantes e uma apreensão *in loco* dos significados que enfermeiros classificadores de risco atribuem ao exercício dessa função. A observação foi realizada no local e turno de trabalho dos enfermeiros no período de 28/09/2013 a 16/10/2013 com duração de seis horas com cada enfermeiro, a fim de acompanhar suas experiências cotidianas, a organização do serviço, a interação dos profissionais e a relação com os usuários durante o ato de classificar o risco.

Foi utilizado um roteiro (Apêndice A) guiado pelos preceitos de acolhimento estabelecidos pela PNH e pelo protocolo de Manchester. Isto permitiu observar e registrar como se dá o acolhimento e o processo de classificação de risco no Pronto Socorro considerando que ambos são complementares e visam oferecer um atendimento acolhedor e resolutivo. Esse instrumento contemplou questões

relacionadas com: preparo do ambiente, dos materiais e equipamentos; acolhimento e encaminhamento dos usuários; processo de classificação de risco; relações que se estabelecem entre os profissionais no Pronto Socorro na percepção do pesquisador.

4.5.3 Entrevista

A entrevista no sentido amplo da comunicação verbal e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico é a estratégia mais utilizada nos processos de pesquisa de campo. É uma forma privilegiada de interação social e está sujeita a dinâmica das relações existentes na sociedade. Pode ser considerada uma conversa com finalidade e se caracteriza pela forma de organização. Podem ser classificadas em sondagem de opinião; entrevista aberta; entrevista focalizada; entrevista projetiva; e entrevista semiestruturada, sendo esta última a escolhida para o estudo (MINAYO, 2008).

Para o desenvolvimento harmônico da pesquisa, alguns cuidados devem ser considerados. O respeito pelo entrevistado vai desde a apresentação pessoal e do estudo, do cumprimento da proposta de local e horário até o anonimato e sigilo das informações. Essas considerações devem ser observadas em qualquer situação de intervenção empírica, sobretudo na formalidade de uma entrevista, seja ela estruturada, semiestruturada ou não estruturada (MINAYO, 2008).

Os instrumentos de coleta de dados na abordagem qualitativa têm o objetivo de obter informações dos entrevistados tais como as características: sexo, idade, escolaridade e, ainda medir determinadas variáveis (opiniões e atitudes) de um grupo social ou de uma instituição, fazendo mediação entre marcos: teórico-metodológicos e realidade empírica (LAKATOS; MARCONI, 2003; MINAYO, 2008).

Na entrevista semiestruturada, o roteiro pode desdobrar os indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos (lembretes para o pesquisador), contemplando todas as informações esperadas. Pode, também, permitir flexibilidade nas conversas, servindo de guia para a interlocução (ponto de vista do investigador), porém permitindo absorver novos temas e questões trazidas pelo sujeito da pesquisa (ponto de vista dos entrevistados) (MINAYO, 2008).

O instrumento utilizado na entrevista (Apêndice A) abordou dados relativos ao processo de implantação do acolhimento e classificação de risco com a utilização do protocolo de Manchester na percepção dos classificadores.

No início de cada entrevista, houve a apresentação pessoal da pesquisadora detalhando os objetivos da pesquisa, a dinâmica da entrevista, a possibilidade de interrupções e questionamentos, assim como o acesso aos resultados da pesquisa em consonância com os aspectos éticos. A seguir, o TCLE foi disponibilizado ao entrevistado para leitura, compreensão e assinatura.

A maioria dos enfermeiros se mostrou receptiva, com atitude acolhedora, expondo livremente suas ideias e concepções.

Merece registro situações em que participantes demonstraram desconforto pelo uso do gravador, mas em conformidade com as observações propostas por Trivinos (1994), logo em seguida atuaram espontaneamente, esquecendo quase que completamente do aparelho.

A média de duração foi de vinte minutos sendo, cada uma, transcrita para tratamento e análise dos dados. Os enfermeiros entrevistados receberam identificação alfanumérica.

4.6 Tratamento e análise dos dados

As entrevistas dos participantes foram submetidas à análise de conteúdo e diz respeito às técnicas de pesquisa que permitem a aplicabilidade e validade das inferências sobre os dados (MINAYO, 2008). É a técnica mais comumente usada para tratamento dos dados de pesquisa qualitativa e tem como principal autora, Laurence Bardin.

Para Bardin, a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepção destas mensagens (BARDIN, 2010, p. 44).

Inicialmente, realizamos a leitura das falas, depoimentos e documentos para alcançar um nível mais profundo e relacionando estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados). Dentre as modalidades

de análise de conteúdo, utilizamos a análise temática, mais simples e considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde (MINAYO, 2008).

Para Minayo (2008) e Bardin (2010), a análise temática é desdobrada em três etapas que serão percorridas para tratamento e análise dos dados coletados:

Subcategoria - 1. Pré-análise

Esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem analisados; a formulação das hipóteses, objetivos e a eleição de indicadores que fundamentem a interpretação final. Baseado nisso, foi realizada uma leitura minuciosa dos dados coletados obtendo um contato mais direcionado com o material de campo. Desse modo, foi construído o "corpus" do estudo, por meio da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência desses dados. Assim, foi analisada a consistência das informações para responder aos objetivos do trabalho.

Subcategoria - 2. Exploração do material

A pesquisadora classificou ou categorizou as expressões conforme as falas significativas em função do seu conteúdo, no qual, foi organizado. Segundo Bardin (2010), tratar o material significa codificá-lo, isto é, transformá-lo em dados brutos por recorte ou agregação enquanto a enumeração em representações do conteúdo ou da sua expressão.

Subcategoria - 3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

A pesquisadora realizou suas interpretações, inter-relacionando-as com os quadros teóricos obtidos ou abrindo novas dimensões interpretativas sugeridas pela leitura do material.

4.6.1 A sistematização dos dados e a construção das categorias temáticas

No decorrer do estudo, a sistematização dos dados provenientes das observações registradas, em diário de campo, e as entrevistas foram construídas em várias etapas e ocorreram após a finalização em cada pesquisa de campo.

Esse procedimento está de acordo com a proposta de triangulação dos dados que articula observação, entrevistas e o referencial teórico construído. Possibilitando uma apreensão mais ampla da realidade social (VÍCTORA; KNAUTH, HASSEN, 2000).

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação para que tenham significado para o objeto analítico (MINAYO, 2008). Na operacionalização da análise temática realizamos a pré-análise dos dados coletados, garantindo assim a fidedignidade das ideias expressas pelos entrevistados.

Foi construído dessa forma o "corpus" do estudo. Nessa fase a questão norteadora (*"Como se dá a aplicação do protocolo de Manchester na percepção dos enfermeiros classificadores de risco?"*) foi retomada várias vezes, para não se distanciar do objetivo proposto.

Na fase seguinte, a descrição analítica, já impregnada pela leitura exaustiva do material, foi elaborada um quadro contendo dados referentes às falas dos enfermeiros classificadores de risco. Os enfermeiros foram codificados com a letra "E", seguido de um número arábico sequencial.

A análise nessa fase não se limita a exploração das opiniões, ela propõe o avanço em busca de sínteses convergentes e divergentes (TRIVINOS, 1994).

À medida que, procedemos na leitura, em profundidade, foi possível identificar nas falas, expressões e frases que manifestaram um pensamento e que foram nominadas **unidades de registros**. Essa compreensão nos remete ao proposto por Bardin: "O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura" (BARDIN, 2010, p.131).

De acordo com as convergências, as unidades de registros foram agrupadas em categorias temáticas e em subcategorias. Nessa fase, as respostas iniciais começam de fato a fazer sentido e as relações entre os dados e os princípios teóricos construídos pela autora, baseados nas Políticas de saúde e no protocolo de Manchester, apontam para possíveis encadeamentos. Para melhor elucidação, é exposto a seguir um exemplo:

Quadro 1 - Modelo de construção teórica das categorias temáticas.

Código	Unidade de registro	Categoria Temática	Subcategoria
E1	<i>"O acolhimento melhorou por que agora você tem um norte (a classificação de risco). Já tem uma visão, se o paciente precisa de um atendimento imediato [...]".</i>	Implementando o acolhimento com classificação de risco por meio do protocolo de Manchester.	Adequando o atendimento com o acolhimento e classificação de risco.
E1	<i>"[...] a gente tem respaldo. O protocolo quanto mais à gente vai usando, mais seguro a gente fica".</i>	Implementando o acolhimento com classificação de risco por meio do protocolo de Manchester.	Expressando segurança na aplicação do protocolo de Manchester.

A partir desse quadro de sistematização foi possível selecionar as unidades de registro mais significativas, frente à convergência dos temas relatados. Esse caminho foi repetido várias vezes até elucidar com clareza os núcleos de sentido que emergiram das falas. Considerando o exposto nas categorias temáticas de todas as entrevistas, foi possível ordená-las em um corpo de referência mais amplo em termos de semelhanças de significados, que deu origem às subcategorias.

As categorias temáticas e suas subcategorias, que indicaram possibilidade de análise com o material empírico foram:

Categoria 1 - Implementando o acolhimento com classificação de risco por meio do protocolo de Manchester

Subcategoria - 1. Reconhecendo as políticas de saúde na orientação da prática assistencial;

- Subcategoria - 2. Utilizando a educação em serviço na implantação do acolhimento com classificação de risco;
- Subcategoria - 3. Direcionando os usuários de menor complexidade para a rede de saúde;
- Subcategoria - 4. Adequando o atendimento com acolhimento e classificação de risco;
- Subcategoria - 5. Expressando segurança na aplicação do protocolo de Manchester;
- Subcategoria - 6. Expressando o sentimento de satisfação profissional;
- Subcategoria - 7. Trabalhando em equipe multiprofissional.

Categoria 2 - Encontrando dificuldades na realização do acolhimento com classificação de risco

- Subcategoria - 1. Reconhecendo a grande demanda de atendimento;
- Subcategoria - 2. Detectando dificuldades no direcionamento dos usuários para a rede de saúde;
- Subcategoria - 3. Deparando-se com a resistência médica;

A etapa de interpretação apóia-se nas fases de pré-análise, exploração do material e no tratamento dos resultados. Assim, passa a ter maior intensidade, onde, segundo Trivinos (1994), o pesquisador aprofunda sua análise para compreender o conteúdo latente.

Procedemos à discussão dos dados iniciando pelos conteúdos oriundos das observações não participante, seguidos das narrativas das entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os temas que emergiram das entrevistas, em conjunto com os registros de campo e que foram feitos a partir das observações, constituíram a base para uma exploração mais profunda da realidade.

5.1 Categoria temática 1 - Implementando o acolhimento com classificação de risco por meio do protocolo de Manchester

Subcategoria - 1. Reconhecendo as políticas de saúde na orientação da prática assistencial

O acolhimento, como diretriz operacional da PNH, associado à classificação de risco, tem por finalidade garantir a humanização da assistência, ampliar o acesso e oferecer atendimento baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (BRASIL, 2004a). Observa-se nas falas que o atendimento prestado está em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde.

E3 - "*[...] , por que a classificação de risco já faz parte da política do HumanizaSus [...]. Justamente para poder otimizar o fluxo dentro das unidades de pronto socorro, atender o paciente de forma integral e conforme a prioridade de atendimento [...]*".

E4 - "*Então (a classificação de risco) é uma exigência, uma coisa que o Ministério da Saúde traz, já pontua na lei, então o Hospital resolveu colocar em prática [...]*".

E6 - "*Primeiramente por que é uma determinação do Ministério da Saúde. A classificação de risco, faz parte do QualiSus*".

Foram observadas em campo, algumas situações em que os enfermeiros explicavam para os usuários o porquê de estarem classificando o risco e que se tratava de uma determinação do Ministério da Saúde e não uma ação isolada do pronto socorro em estudo.

As falas demonstram que os participantes entendem que as políticas de saúde norteiam suas práticas profissionais, tendo em conta o processo de implantação da sistemática de classificação de risco na instituição na qual atuam.

Assim, esses enfermeiros aplicam a classificação de risco e o protocolo de Manchester reconhecendo-os como derivadas de uma Política Ministerial de atenção à urgência e emergência, indutoras de mudanças no atendimento. Esses depoimentos corroboram com o estudo realizado no serviço de emergência de um hospital em Santa Catarina, que mostrou que as determinações do Ministério da Saúde são reconhecidas pelos enfermeiros, na operacionalização do serviço (NASCIMENTO et al., 2011).

Destacamos no primeiro depoimento, o enfoque na integralidade da assistência. Para o Ministério da Saúde (1990) a integralidade é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Essa ênfase demonstra que a prática assistencial desenvolvida por eles está organizada para atender as necessidades do indivíduo, de acordo com os princípios do SUS.

As falas também reforçam o caráter de legalidade da atividade de classificação. Várias são as portarias do Ministério da Saúde que normatizam essa situação (BRASIL, 2002, 2003, 2004a, 2011b, 2011a, 2012, 2013b). Esses classificadores têm a percepção em realizar essa função com o respaldo das políticas de saúde, além de fortalecer o exercício profissional, no sentido de fornecer fundamentação legal para exercer suas competências clínicas e argumentos para esclarecer as dúvidas da população e dos demais membros da equipe.

Subcategoria - 2. Valorizando a educação permanente como estratégia de implantação do acolhimento com classificação de risco

No serviço em estudo, as rodas de educação permanente (EP) são utilizadas como estratégia de ensino em serviço e integração da equipe.

E3 - "Desde quando foi implantado, o serviço de Educação Permanente juntamente com todos os funcionários do pronto socorro, desde a equipe de higienização até os

médicos, esclareceu as dúvidas sobre o protocolo de implantação pelo sistema de acolhimento com classificação de risco".

E4 - "Temos as rodas de EP, que faz uma abordagem muito boa sobre o acolhimento, com bastante adesão de profissionais desde a limpeza até médicos. [...] tem essas rodas de EP para direcionar e saber qual é a atuação do profissional".

E5 - "[...] Uma vez por semana estava acontecendo essas rodas de conversa com alguns funcionários, enfermeiro, técnico, portaria, meninas da limpeza, todos os funcionários".

E10 - "Foi abordado pela educação permanente do hospital, onde foi feito rodas de conversas e levantado os principais problemas e as vantagens da classificação de risco".

E11 - "Houve roda de orientação, de educação continuada, onde participavam técnicos, equipe médica até o serviço de lavanderia e higienização para que todos soubessem a importância desse atendimento e que não fizesse somente o seu trabalho, mas que realmente olhasse o paciente como um todo [...]".

Foi observada uma situação, em que os enfermeiros do setor estavam discutindo sobre a escala de funcionários para permitir a participação de alguns deles na roda de educação permanente. Essas rodas eram semanais e contavam com a presença de representantes de toda a equipe multiprofissional.

As falas evidenciam as rodas de EP na implantação do processo. O método de "Roda" consiste em estabelecer espaços coletivos para construção da democracia organizacional e estimula a formação de sujeitos com capacidade de análise e intervenção (CUNHA; CAMPOS, 2010).

Os depoimentos demonstram a adesão da equipe a essa metodologia. Para eles, as rodas de EP auxiliaram na divulgação, orientação, além de possibilitar a integração e o engajamento dos membros da equipe, no processo de implantação do acolhimento e do protocolo de Manchester. Podemos entender a Educação Permanente em Saúde como um processo educativo formal ou informal, dinâmico e dialógico que tem como objetivo transformar a prática profissional com envolvimento da equipe, com foco multiprofissional (SILVA, 2010). As falas corroboram com esse entendimento e enfatizam a inclusão de todos os profissionais e a participação efetiva dos mesmos.

Os participantes reconhecem as rodas de EP como instrumento de acompanhamento do processo. Também, eles referem que as mesmas permitiram o diálogo e a aproximação das diferentes categorias profissionais, fazendo com que

todos compreendessem o conceito de equipe e a importância de cada um. Essa estratégia possibilitou ampla divulgação sobre o acolhimento e o protocolo de Manchester facilitando o processo de implantação.

Subcategoria - 3. Adequando o atendimento com acolhimento e classificação de risco

A implantação do acolhimento com classificação de risco utilizando o protocolo de Manchester orientou o trabalho da equipe na recepção no serviço fazendo com que acolhessem o usuário logo na chegada e priorizassem o atendimento de acordo com o risco.

E1 - *"O acolhimento melhorou por que agora você tem um norte (a classificação de risco). Já tem uma visão, se o paciente precisa de um atendimento imediato [...]".*

E2 - *"Antigamente os pacientes morriam nas portas do pronto socorro, ninguém via. Agora não. Os pacientes são vistos. E atende-se primeiro o paciente que está mais grave".*

E4 - *"A gente viu uma melhora muito grande no atendimento. [...] antes pacientes graves acabavam ficando esperando um tempo maior, agora já temos uma eficácia maior no atendimento".*

E7 - *"Os funcionários [...] fazem um bom acolhimento, [...] eles veem a necessidade do paciente de ser atendido o mais rápido possível".*

Foi observada em campo, a interação entre a equipe que recebe os usuários e o enfermeiro classificador de risco. Em vários momentos, o técnico de enfermagem do acolhimento, informava ao enfermeiro as condições de chegada de usuários para avaliação do risco, como por exemplo, um usuário que chegou com fortes dores, em virtude de cólica renal. Ao ser informado, o enfermeiro decidiu priorizar a avaliação deste usuário e o classificou com a cor laranja, para ser atendido pelo médico, em até dez minutos.

O acolhimento expresso nos depoimentos E1 e E7 têm sentido de recepção rápida, atenciosa, focada na organização dos atendimentos e no estabelecimento de prioridades. Ainda consideram a especificidade do atendimento em direção à integralidade do cuidado, na medida em que associam a ideia do sentimento de

desamparo, medo e insegurança que as situações de urgência e emergência provocam no indivíduo.

Os depoimentos demonstram que a implantação do protocolo de classificação de risco foi benéfica para o serviço, pois gerou mudanças na atitude da equipe no atendimento aos usuários. Santiago e colaboradores (2012) explicam que a utilização de protocolos para avaliação e classificação do risco do usuário, permeado pela humanização que o acolhimento proporciona, possibilita maior resolutividade no serviço de urgência emergência.

Na visão desses enfermeiros a implantação do acolhimento otimizou o atendimento dos casos graves, em consequência da atenção ao usuário logo na chegada. Nesse sentido, o acolhimento pressupõe responsabilidade e compromisso do profissional com o usuário para a solução da sua necessidade de saúde (PAI; LAUTERT, 2011). Complementando essa visão, todas as falas enfatizaram a agilidade proporcionada pela classificação de risco e melhora do atendimento. Nos estudos de Bellucci e Matsuda (2012) e Nascimento et al. (2011) foi constatado que a utilização da classificação de risco, baseada em protocolos, melhorou o fluxo de atendimento no serviço hospitalar de emergência.

Subcategoria - 4. Direcionando os usuários de menor complexidade para a rede de saúde

Como forma de controle da porta de entrada de urgência e emergência. O serviço estudado em acordo com os gestores municipais de saúde pactuou o redirecionamento do fluxo de demanda espontânea com baixa complexidade, ou seja, os usuários classificados como "pouco urgente (verde) e não urgente (azul)" para a rede municipal de saúde.

E1 - "Alguns pacientes [...] não precisam adentrar pela emergência, eles podem ter um outro fluxo via ambulatorial. Foi firmado um acordo [...]. Eles vão ser direcionados para lá".

E5 - "[...] tinha paciente que vinha aqui antigamente para trocar receita na porta do pronto socorro. Agora isso não acontece mais [...]."

E9 - *"Conforme o combinado entre o hospital e a rede, redirecionamos os pacientes verdes e azuis. Os pacientes que não tem risco no momento, que vem em busca de receita [...]".*

E12 - *"[...] por que às vezes, o paciente vem para retirar um ponto, ou para um retorno médico [...], mas ali não é ambulatório! Então ele vai ser encaminhado para o posto de saúde [...]".*

Durante a observação, foram percebidas situações em que os usuários questionavam ou recusavam o redirecionamento para a rede de saúde. Porém, os enfermeiros faziam as orientações, embasados na classificação de risco e na pactuação do hospital com a rede. Em alguns momentos, houve a intervenção do serviço social para auxiliar nessas orientações.

As falas demonstram que os enfermeiros reconhecem a rede de saúde, os diferentes níveis de atenção, a inserção do pronto socorro nessa rede, além de participar do processo em função desses redirecionamentos realizados. Pois, os diferentes níveis de atenção à saúde devem formar uma rede de recursos e o acolhimento com classificação de risco deve atuar como intermediador dessa rede (GARLET et al., 2009).

A porta de entrada preferencial ao sistema de saúde é a atenção primária (BRASIL, 2002). Porém, as falas dos enfermeiros retratam uma realidade diferente, em que os usuários procuravam o pronto socorro para situações não urgentes. Cenário semelhante à de outros serviços de alta complexidade. Esses serviços constataram que grande parte dos atendimentos não eram caracterizados como urgência ou emergência e que poderiam ser realizados em ambulatórios na atenção primária. (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009; MARQUES; LIMA, 2007; FURTADO; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2004).

Os depoimentos expressam compreensão de que a classificação de risco pode ser uma ferramenta para direcionar o usuário da baixa complexidade para a atenção primária, diminuindo a demanda no serviço terciário e favorecendo o atendimento dos usuários gravemente enfermos. Essa estratégia foi adotada em outras instituições como em Belo Horizonte, por exemplo, onde os usuários classificados na cor verde e azul são referenciados para os serviços de atenção

primária ou ambulatorial, conforme o protocolo da instituição (PINTO; SALGADO; CHIANCA, 2012).

Subcategoria - 5. Expressando segurança na aplicação do protocolo de Manchester

A segurança na utilização do protocolo de Manchester foi evidenciada em vários momentos durante as entrevistas e as observações em campo.

E1 - *"Seguindo o protocolo [...] não tem como você classificar esse paciente de forma inadequada [...]"*.

E5 - *"[...] antigamente poderia acontecer isso, eu interpretar de uma forma e o colega interpretar de outra. Agora não. Todos têm uma mesma linha de raciocínio"*.

E7 - *"Então eu vejo que o protocolo acerta mesmo"*.

E8 - *"[...] o Manchester é um protocolo mais aprimorado. Então essa certificação dá uma segurança maior para os enfermeiros. Tenho segurança em relação a classificar o paciente. Quanto mais a gente classifica, mas seguro a gente fica. Não tem erro"*.

E9 - *"[...] No começo tinha insegurança, mas hoje eu me sinto segura. Posso classificar sem medo [...]"*.

E10 - *"[...] a gente tem respaldo. O protocolo quanto mais à gente vai usando, mais seguro a gente fica"*.

E11 - *"Hoje eu vejo como uma metodologia muito mais segura"*.

Em campo foi observada a preocupação dos classificadores de risco em seguir todos os passos da metodologia, ouvindo atentamente, avaliando as queixas dos usuários, utilizando os recursos materiais necessários e fazendo as orientações pertinentes para cada caso.

A sensação de segurança na aplicação do protocolo de Manchester expressa pelos enfermeiros e relacionada à metodologia utilizada foi percebida pelo estudo de Nascimento et al. (2011), em que os profissionais, inferem ter maior segurança para desenvolver suas atividades profissionais, devido ao acolhimento com classificação de risco.

Os depoimentos defendem a ideia de aprimoramento de sua prática assistencial com o uso contínuo do protocolo, alcançando a uniformidade das ações de forma segura. As evidências apontam a relevância do uso de protocolos nas situações de urgência ou triagem de risco (CUNHA, 2010) e especificamente o de Manchester é caracterizado como um sistema válido, confiável e seguro (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). Esse reconhecimento da comunidade científica enfatizado nas falas gera segurança ao exercício profissional, visto que vários são os estudos que avaliaram a acurácia, a confiabilidade e a validade do protocolo de Manchester (OLOFSSON; GELLERSTEDT; CARLSTROM, 2009; WULP; BAAR; SCHRIJVERS, 2008).

Subcategoria - 6. Expressando sentimento de satisfação profissional

Pelas características próprias da formação e da profissão, o enfermeiro está habituado ao atendimento de urgência e emergência fundamentado no conhecimento científico. Porém, ter a percepção positiva do seu desempenho e contar com o apoio dos membros da equipe, gera sentimentos de valorização ao profissional classificador.

E1 - *"[...] Mas criou-se uma expectativa e essa expectativa está dando certo. É como se fosse um respeito com o classificador".*

E2 - *"[...] profissionalmente está sendo muito legal; o serviço você vê que está rendendo, que está tendo resultado. É bem gratificante."*

E5 - *"[...] trabalhando, vivendo, vivenciando o dia a dia, a gente viu a importância disso, [...]. O paciente ele é bem atendido, o enfermeiro sai satisfeito. Para o enfermeiro isso é muito prazeroso".*

E9 - *"Então eles (equipe multiprofissional) hoje, já veem com bons olhos o classificador".*

E12 - *"[...] me sinto profissionalmente satisfeita".*

Durante a observação não participante ficou evidente a forma com que os participantes da pesquisa expressavam satisfações de serem reconhecidos como classificadores de risco. Em vários momentos, presenciamos conversas com

usuários ou outros membros da equipe, em que eles explicavam que não era qualquer enfermeiro que desempenhava essa função, que somente profissionais qualificados e certificados poderiam realizá-la.

Os enfermeiros apresentam a percepção, de que a equipe multiprofissional apóia o papel do classificador de risco. De acordo com outros estudos, o enfermeiro é apontado como o profissional mais indicado para realizar a classificação de risco, em razão do seu conhecimento, disciplina, capacidade de tomada de decisão e olhar sobre o usuário (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). Esse reconhecimento gera sentimentos de valorização, que estimula e fortalece o compromisso do enfermeiro com o serviço.

As falas expressam a satisfação profissional, oriunda da qualidade do atendimento prestado. Estudos demonstram que os enfermeiros classificadores consideram-se satisfeitos e julgam essa função como interessante e estimulante. Na Suécia, identificou-se 88% de satisfação no trabalho entre os enfermeiros que utilizavam o protocolo de Manchester (FORSGREN; FORMSMAN; CARLSTROM, 2009).

Subcategoria - 7. Trabalhando em equipe multiprofissional

Cada vez mais é necessária uma abordagem integral que contemple as múltiplas dimensões do cuidado em saúde e os diferentes saberes. As falas demonstram o trabalho em equipe no acolhimento com classificação de risco.

E3 - *"[...] tanto que o acolhimento não é só a equipe de enfermagem. É a equipe da recepção, são os porteiros [...]"*.

E4 - *"Mas todos os funcionários envolvidos, desde a portaria até enfermagem, todo mundo ajudando no acolhimento, o serviço social... todos"*.

E6 - *"[...] essas meninas do "posso ajudar", algumas são excelentes. As meninas da portaria veem o paciente e falam. É bem legal, ajuda bastante sim"*.

E12 - *"É uma equipe multidisciplinar [...]"*.

As observações realizadas em campo permitiram registrar que existe uma equipe para desenvolver as atividades de acolhimento e classificação de risco na qual estão envolvidos, o enfermeiro classificador de risco, uma técnica de enfermagem, os porteiros, as recepcionistas, as assistentes sociais e acadêmicos voluntários. Alguns enfermeiros denominam essa equipe como "*posso ajudar?*".

Durante a observação, um porteiro interrompeu uma classificação de risco para informar que havia chegado uma ambulância com um usuário grave e que havia direcionado à sala de emergência. Imediatamente o enfermeiro, se deslocou à sala de emergência para classificá-lo respeitando os preceitos de humanização e priorizando o atendimento mediante o risco.

As falas demonstram que os enfermeiros compreendem a composição da equipe de acolhimento e reconhecem que cada profissional colabora com o conhecimento da sua área de atuação. No estudo realizado em Belo Horizonte, a equipe multidisciplinar, denominada equipe de acolhimento e classificação de risco faz avaliação do estado de saúde do usuário e cada membro contribui de acordo com a sua capacitação (SOUZA; BASTOS, 2008).

Os participantes do estudo valorizaram o trabalho em equipe e expressam que existe uma comunicação efetiva entre os funcionários que fazem a recepção dos usuários e o enfermeiro classificador, garantindo o atendimento adequado. Essa forma de compreender o trabalho em equipe multiprofissional contribui para o reconhecimento de que a interdependência das áreas é fundamental para a resolutividade e efetividade da assistência (PEDUZZI et al., 2013).

5.2 Categoria temática 2 - Encontrando dificuldades na realização do acolhimento com classificação de risco

Subcategoria - 1. Reconhecendo a grande demanda de atendimento

A demanda excessiva de atendimentos no pronto socorro em estudo é evidenciada pelos enfermeiros, e a classificação de risco foi citada como uma forma de organizar o fluxo priorizando os casos mais graves.

E2 - "O Hospital resolveu utilizar a classificação de risco, devido à superlotação [...]".

E7 - "[...] às vezes por conta do número de pacientes, do alto fluxo começam as falhas [...]. Vamos atender e esquecemos um pouco da humanização".

E9 - "A Instituição resolveu utilizar a classificação de risco, pela grande demanda que o hospital sofre. Pela falta de leito e pelas falhas na regulação dos hospitais".

Em campo foram observadas várias situações em que a demanda de usuários era superior à capacidade instalada do pronto socorro, usuários sentados em bancos, devido à falta de macas disponíveis, sem monitorização devido ao número insuficiente de equipamentos, dimensionamento de pessoal inadequado para aquelas condições, contrariando os conceitos de ambiência e humanização preconizados.

As falas retratam uma situação de lotação do pronto socorro. A numerosa demanda e a sobrecarga nos serviços de emergência é um fenômeno mundial, caracterizado por falta de leitos, usuários nos corredores, tempo de espera para atendimento acima de uma hora, alta tensão na equipe assistencial, com prejuízos à qualidade no atendimento (PAI; LAUTERT, 2010; BITTENCOURT; HORTALE, 2009; GARLET et al., 2009; VALENTIM; SANTOS, 2009).

Os depoimentos revelam a preocupação dos enfermeiros com as deficiências na humanização do atendimento. Diante da alta demanda em que o acolhimento nem sempre é efetivo, há também uma sobrecarga de trabalho e o tempo dispensado no cuidado prejudica a comunicação entre profissionais e usuários (BOSSATO et al., 2010).

Os enfermeiros entendem que a classificação de risco foi a estratégia utilizada para organizar e ordenar o acesso, sem prejudicar usuários em situações críticas durante a espera. Vale lembrar que a classificação de risco é um sistema de gerenciamento de risco clínico, implementado em todo o mundo para gerenciar fluxo de usuários com segurança, quando há necessidade em exceder a capacidade (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010). Esse contexto de superlotação foi retratado como uma dificuldade encontrada pelos profissionais na implantação do acolhimento com classificação de risco (NASCIMENTO et al., 2011).

Subcategoria - 2. Detectando dificuldades no direcionamento dos usuários para a rede de saúde

Os encaminhamentos dos usuários de menor complexidade para a rede de atenção à saúde têm gerado conflitos, insatisfações e insegurança aos enfermeiros classificadores de risco. Conforme demonstram as falas:

E3 - *"[...] há uma insegurança na contra referência. Está pactuado entre o Hospital e a rede pública de saúde. Temos sempre aquela insegurança, todos os enfermeiros, isso é geral. Pedimos para Deus para que nada aconteça até a chegada dessa pessoa, lá no posto de saúde [...]"*.

E6 - *"[...] antes de ter que mandar o paciente embora (direcionar a rede de saúde), eu não me sentia tão vulnerável [...], não sabemos a evolução desse paciente da porta para fora [...]"*.

E10 - *"O primeiro momento deu um pouco de frustração. [...] como tínhamos que encaminhar os verdes e os azuis para a unidade de saúde, ficamos com receio do paciente apresentar alteração nesse trajeto"*.

E5 - *"[...] A população tem certa resistência quanto a isso (redirecionamento) e a gente sente"*.

Ficou evidente nas observações em campo, que o direcionamento dos usuários classificados como baixo risco para a rede de saúde era motivo de preocupação e de reflexões entre os enfermeiros, em virtude da incerteza da resolutividade do problema. Em uma ocasião foi observado que o enfermeiro supervalorizou a queixa de um usuário, classificando-o como amarelo, evitando assim encaminhá-lo à rede de saúde.

As falas enfatizam a preocupação com a evolução clínica dos usuários, durante o caminho até a unidade de atendimento. As expressões: insegurança, frustração, vulnerabilidade foram utilizadas, pois, segundo Jones, Marsden e Windle (2010), o protocolo de Manchester estipula o tempo adequado para o atendimento e prevê reclassificações em casos de alterações clínicas. Mas, ao redirecionar o usuário para outra unidade, não tem como assegurar isto.

Dificuldades na realização da classificação de risco associadas à insegurança, relativa às mudanças no estado clínico do usuário também foram detectadas em outros estudos (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012). Os classificadores expressam incerteza da continuidade da assistência. Estudos inferem que a ausência de contra referência que sustente a orientação dada ao usuário e a incerteza da resolutividade da ação gera grande sofrimento aos profissionais (PAI; LAUTERT, 2011; CURTIS et al., 2009).

Os depoimentos revelam que a população possui resistência em aceitar o redirecionamento à atenção primária. Às tensões causadas pelos atos hostis de usuários, que não concordam com a classificação efetuada pelo enfermeiro foram apontadas como dificuldades para praticar o redirecionamento (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012). No estudo de Jones e Lyneham (2000) sobre a violência no trabalho com enfermeiras australianas relatam que as atitudes agressivas e negativas dos usuários para com os profissionais são as causas do grande estresse para os enfermeiros classificadores.

Subcategoria - 3. Deparando-se com a resistência médica

A resistência médica em aceitar a prática assistencial de classificação de risco é reconhecida na comunidade científica e as polêmicas tiveram início desde a origem dessa atividade. Para o serviço em estudo, este é um fator de preocupação e essas dificuldades foram mencionadas pelos enfermeiros entrevistados.

E2 - "No hospital tem uns médicos mais antigos, que tem certo receio [...]. Não acreditam nesse papel do enfermeiro classificador. Alguns profissionais não aceitam que o enfermeiro faça a prioridade de cada paciente [...]"

E3 - "Mas acredito que a maior dificuldade nossa no momento é a aceitação por parte médica... Lembrando que é a equipe médica mais antiga [...]"

E7 - "Chegando até a parte médica, nós temos uma luta que está sendo vencida aos poucos, conquistada [...] por que eles sabem como é a classificação de risco, como ela tem que funcionar, porém a aplicabilidade dela não acontece como deveria".

E12 - *"Eu ainda me sinto um pouco fragilizada, precisaria maior apoio dos médicos, às vezes eles falam que a classificação dos enfermeiros não está batendo [...]".*

Várias situações foram observadas em campo referentes à resistência de alguns profissionais médicos em realizar os atendimentos, mediante as prioridades estabelecidas pela classificação de risco. Em um caso, foi evidente o constrangimento do enfermeiro, frente ao questionamento de um usuário classificado como amarelo, sobre o motivo do médico estar atendendo usuários classificados como verde. Um exemplo clássico de que a classificação não é respeitada, estão nas dificuldades relacionadas à equipe médica mais antiga.

As falas demonstram que parte da equipe médica seguia a classificação de risco. Esse cenário de resistência médica ocorre em outros locais do Brasil e em outros países. Estudos na Espanha, Estados Unidos e Portugal revelam que ocorreram muitos conflitos, questionamentos e controvérsias quando os enfermeiros iniciaram a atividade de classificação de risco (LAHDET et al., 2009; ATACK et al., 2004, LIPLEY, 2005).

A organização do processo assistencial centrado no modelo biomédico e desvinculado da equipe multiprofissional é difícil de ser rompido. Nesse modelo há uma tendência dos médicos em permanecerem à parte dos processos com uma visão limitada (SANTIAGO et al., 2012). Os participantes do estudo expressam a perspectiva de mudança de atitude da equipe médica, indicando ser um momento de adaptação a uma nova prática institucional.

A fragilidade que o enfermeiro classificador sente em virtude da falta de apoio e da desconfiança da equipe médica na nova metodologia é expressa nas falas. E, em consonância com as evidências mostradas na baixa importância atribuídas pelos médicos ao protocolo de classificação de risco, gera insatisfação aos enfermeiros e a sensação de descrédito da população (SANTIAGO et al., 2012; DURAND et al., 2011).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na apreensão do material empírico resultante das observações e entrevistas a respeito da percepção dos enfermeiros classificadores de risco sobre a aplicação do Protocolo de Manchester emergiram duas categorias temáticas: **Implementando o acolhimento com classificação de risco por meio do protocolo de Manchester e Encontrando dificuldades na realização do acolhimento com classificação de risco.**

Na percepção dos enfermeiros participantes da pesquisa, evidenciamos que estes conhecem a PNH e reconhecem que a classificação de risco é uma atividade amparada legalmente pelas políticas de saúde e que a prática assistencial desenvolvida está em consonância com os princípios do SUS, bem como o atendimento no pronto socorro tornou-se adequado com a implantação do protocolo de Manchester.

Nessa perspectiva, acredita-se que a mudança na prática assistencial de toda a equipe multiprofissional, principalmente no que se refere à atitude de acolhimento colaborou para a consolidação do processo. Compreende-se que o trabalho em equipe é fundamental para o sucesso da classificação de risco e as mudanças nas ações profissionais foram impulsionadas pelas rodas de educação permanente, que tiveram papel relevante, visto que oportunizou a interação da equipe e a construção de conhecimento em coletivo sobre o tema.

Para a equipe de classificadores de risco a superlotação do pronto socorro prejudica a qualidade do atendimento, aumenta o estresse da equipe e entendem que a regulação inadequada da rede de saúde colabora para o aumento dessa demanda. As inseguranças evidenciadas foram em relação aos direcionamentos de usuários para a rede de saúde, em virtude das possibilidades de mudança no estado clínico e da incerteza da resolutividade dos casos.

No sentido de atenção à saúde em rede, entende-se que a classificação de risco é mediadora do sistema, realizando o direcionamento de usuários de menor complexidade para otimizar os recursos do Pronto Socorro para atendimentos de maior complexidade.

Pode-se afirmar que o protocolo de Manchester é seguro, visto que, todos os enfermeiros expressaram segurança em aplicá-lo, enfatizando que a metodologia é

de simples aplicabilidade e que quanto mais utilizam mais seguros ficam. Convém acrescentar que os participantes do estudo sentem uma satisfação profissional pela qualidade do serviço prestado e contam com o apoio e a valorização do seu trabalho pela equipe multiprofissional.

A resistência da equipe médica à classificação de risco foi apontada como a maior dificuldade no processo de implantação do protocolo de Manchester. Os enfermeiros entendem que é um período de adaptação a uma nova realidade e possuem expectativas de mudança.

É relevante a percepção de mudanças positivas no setor de urgências e emergências da instituição em estudo, com a utilização do protocolo de Manchester. Cabe considerar os aspectos de uniformização das ações, de segurança na tomada de decisão dos profissionais e na humanização das práticas assistenciais por meio da atitude acolhedora da equipe.

Destacamos que este estudo apresenta um enfoque na percepção dos enfermeiros classificadores de risco quanto à utilização do protocolo de Manchester, sem, contudo esgotar as possíveis abordagens focando o tema. Acredita-se que ainda há muito a ser explorado considerando a contemporaneidade do trabalho do enfermeiro classificador de risco nos serviços de urgência e emergência.

Sugerimos a manutenção das rodas de educação permanente para o aprimoramento dos diferentes saberes da equipe, permitindo uma prática humanizada e baseada em evidências. O desenvolvimento de mecanismos de divulgação e de educação para a população sobre o processo de acolhimento e classificação de risco está baseado no protocolo de Manchester para auxiliar, no entendimento dos usuários, sobre o fluxo de referência e contra referência do atendimento. E, por fim, refletir sobre as estratégias, no intuito de alcançar a adesão da equipe médica, pois este é considerado um fator de insatisfação para os entrevistados.

Referências

ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. Textos básicos em Saúde. Brasília, 2004.

ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha.** Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 181-190, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400023>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACK, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** Santa Catarina, v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007.

ALBURQUERQUE, G. L.; PERSEGONA, M. F. M.; FREIRE, N. P. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais de Enfermagem. Cofen, Brasília, versão 1, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.pluridoc.com/Site/FrontOffice/Default.aspx?module=Files/FileDescription&ID=6111&state=FD>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CAMPO GRANDE. **Contrato de licença e de prestação de serviços celebrado entre a Associação Beneficente de Campo Grande - Santa Casa e o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco.** Campo Grande, 2012a.

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CAMPO GRANDE. **Relatório do perfil dos atendimentos de urgência e emergência:** SUS. Setor de Custos e Projetos. Campo Grande, 2012b.

ATAACK, L. R. N. et al. Preparing ED nurses to use the Canadian triage and acuity scale with web-based learning. **J. Emerg Nurs.** Canadá, v. 30, n. 3, p. 273-274, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2004.03.006>>. Acesso em: 14 nov. 2013.

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, ACEM. Guidelines on the implementation of the Australasian triage scale in emergency department. Disponível em: <http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/G24_implementation_ATS.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2013.

BARBOSA, T. S. C.; BAPTISTA S. S. Movimento de expansão dos cursos superiores de enfermagem na região centro-oeste do Brasil: uma perspectiva histórica. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 945-956, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a07.htm>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: edições 70, 2010.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. Tradução: Marco Estevão e Renato Aguiar. São Paulo: Hucitec, 1993.

BELLUCCI, J. A .J.; MATSUDA, L. M. Implantação do sistema acolhimento com classificação de risco e uso do fluxograma analisador. **Texto e contexto enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 217-225, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100025>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, jul, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002>>. Acesso em: 09 nov. 2013.

BOSSATO, H.R.; PEREIRA, E.R.; SILVA, R.M.C.R.A.; CUNHA, S.H.O. The embracement of family members in the emergency service: contributions from the national policy of humanization. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 4, n. 1, p. 430-439, jan, 2010. Disponível em: <DOI: 10.5205/reuol.788-5733-1-LE.0401201056>. Acesso em: 04 ago. 2014.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>> Acesso em 21 ago. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Secretária de Atenção à Saúde Datasus. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br/Mod_Sipac.asp?VCo_Unidade=5002700009717>. Acesso em: 26 jul. 2013.

_____. _____. **Política Nacional de Humanização**: documento básico para gestores e trabalhadores do SUS. Secretaria Executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004a.

_____. _____. Portaria nº 2.395, de 11 de Outubro de 2011. Dispõe sobre o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011_comp.html>. Acesso em: 27 dez. 2012.

_____. _____. Portaria nº 1.863, de 28 de Setembro de 2003. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2003. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=7191>. Acesso em: 27 jan. 2013.

_____. _____. Portaria nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 07 jun. 2014.

_____. _____. Portaria nº 2.048, de 5 de Novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em: 09 set. 2012.

_____. _____. Portaria nº 1.663, de 6 de Agosto de 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html>. Acesso em: 27 dez. 2012.

_____. _____. Portaria nº 1828, de 2 de setembro de 2004. Institui incentivo financeiro para adequação da área física das centrais de regulação médica de

urgência em estados, municípios e regiões de todo território nacional. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1828.htm>>. Acesso em: 11 jul. 2013.

_____. _____. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 2001.

_____. _____. Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 26 jun. 2013.

_____. _____. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, 2009.

CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2010.

CHRIST, M. et al. Modern Triage in the emergency department: review article. **Deutsches Arzteblatt International**, [s.l.], v.107, n. 50, p. 892-898, 2010. Disponível em: <<http://www.aerzteblatt.de/int/archive/article?id=79788>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 423/2012. Normatiza no âmbito do sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco, 2012. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/resolucao-cofen-no-4232012_2248.html>. Acesso em 27 dez. 2012.

CORDEIRO JÚNIOR, W.; MAFRA, A. A. Prefácio. In JONES K. M.; MARSDEN J.; WINDLE J. **Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência**. Tradução: Welfane Cordeiro Júnior; Adriana de Azevedo Mafrá. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

COSTA, M. A. F.; COSTA, M. F. B. **Projeto de pesquisa: entenda e faça**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triage de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 188-198, 2012. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewArticle/520>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

CUNHA, T. G. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CUNHA, G. T.; CAMPOS G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**. Marília, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/view/468>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

CURTIS, K. et al. The emergency nursing assessment process - a structured framework for systematic approach. **Australas Emerg Nurs**. Australia, v. 12, n. 4, p. 130-136, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2009.07.003>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

DURAND, A. C. et al. Be careful with triage I emergency departments: interobserver agreement on 1,578 patients in France. **BMC Emergency Medicine**. France, v. 11, n. 19, p.[about 5], 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-227X/11/19>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

FARROHKNIA, N. et al. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, Sweden, v. 19, n. 42, p. 1-13, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150303/>>. Acesso em:

FERNANDES, J. D.; TEIXEIRA, G. A. S.; SILVA, M. G.; FLORÊNCIO, R. M. S.; SILVA, R. M. O.; ROSA, D. O. S. Expansão da educação superior no Brasil: ampliação dos cursos de graduação em enfermagem. In: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 3, [08 telas], maio./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

FERREIRA, P. C. C. Gerência de avaliações e projetos: diretoria de planejamentos da Associação Beneficente de Campo Grande. Campo Grande: ABCG, 2013.

FORSGREN, S.; FORSMAN, B.; CARLSTROM, E. D. Working with Manchester triage - Job satisfaction in nursing. **International Emergency Nursing**. Sweden, 2009. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2009.03.008>>. Acesso em: 14 nov. 2013.

FRY, M.; BURR, G. Review of the triage literature: past, present, future? **Australian Emergency Nursing Journal**. Austrália, v. 5, n. 2, p. 33-38, 2002. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1328274302800189?via=sd>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

FURTADO, B. M. A. S. M.; JUNIOR, J.L.C.A.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do hospital Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** Recife, v. 7, n. 3, p. 279-289, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2004000300006>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

GARLET E. R. et al. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 100-105, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000400016>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

GUEDES, H. M. et al. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Revista de Enfermagem Referência**. Belo Horizonte, v. 4, n. 1, p. 37-44, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIII13108>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. História da Classificação de Risco. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39>. Acesso em: 11 nov. 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução: Daniel Grassi. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

IVO, M. L. **Modelo de Adaptação de Roy e a sua aplicação através do processo de enfermagem a portadores de anemia falciforme**. Campo Grande: UFMS, 2007.

JONES, J.; LYNEHAM, J. Violence: part of the job for Australian nurses? **Australian Journal of Advanced Nursing**. Austrália, v. 18, n. 2, p. 27-32, 2000. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11878497>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

JONES, K. M.; MARSDEN J.; WINDLE J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**: Classificação de Risco na Urgência e Emergência. Tradução: Welfane Cordeiro Júnior; Adriana de Azevedo Mafra. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

JONES, K. M. Prefácio à 1 ed. inglesa. In JONES K. M.; MARSDEN J.; WINDLE J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**: Classificação de Risco na Urgência e Emergência. Tradução: Welfane Cordeiro Júnior; Adriana de Azevedo Mafra. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010, p. 15.

LAHDET, F. E. et al. Analysis of triage worldwide. **Emergency Nursin**. EUA, v. 17, n. 4, p. 16-19, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19639800>>. Acesso em: 14 nov. 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2003.

LIPLEY, N. Updated Manchester Triage System. **Emerg Nurse**. Austrália, v. 13, n. 7, p. 3, 2005. Disponível em: <<http://connection.ebscohost.com/c/articles/18872107/updated-manchester-triage-system-published-this-month>>. Acesso em: 17 mai. 2014.

MARCHIN, R.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; FIGUEIREDO, W. S.; VALENÇA, O. A.; PINHEIRO, T. F. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudos com profissionais de saúde da atenção primária. In: **Ciências&Saúde coletiva**. v.16, n.11, p.4503-12, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200023>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

MACHADO, M. H.; VIERA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**. São Paulo, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294>>. Acesso em: 16 ago 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARQUES G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev. Latino-am enfermagem**. Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100003>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NASCIMENTO E. R. P. et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 84-88, 2011. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a02.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

O'DWYER G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1881-1890, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500030>>. Acesso em: 21 abr. 2013.

OLOFSSON, P.; GELLERSTEDT, M.; CARLSTROM, E. D. Manchester triage in Sweden - interrater reliability and accuracy. **International Emergency Nursing**. Sweden, v. 17, n. 3, p. 143-148, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2008.11.008>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

PAI, D. D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. **Esc. Anna Nery**. Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 524-530, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300012>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I.J.; GERMANI, A.C.C.G.; SILVA, J.A.M.; SOUZA, G.C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: <<http://dxdoi.10.1590/S0080-623420130000400029>>. Acesso em: 01 jun. 2014.

PINTO J. D.; SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 20, n. 6, [8 telas], 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600005>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SANTIAGO, A. K. et al. O acolhimento com avaliação e classificação de risco: percepção dos enfermeiros. **Rev. Enferm. UFPE**. Recife, v. 6, n. 9, p. 2127-2135, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5205/reuol.2570-20440-1-LE.0609201217>>. ISSN: 1981-8963. Acesso em: 11 nov. 2013.

SILVA, L. A. A. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev Gaúcha de Enferm**. Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 357-361, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000300021>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

SOUZA, R. S.; BASTOS, M. A. R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Reme: Rev Mineira Enferm**. Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 581-586.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.

VARGAS, M. A. et al. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 60, n. 3, p. 339-343, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300018&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 nov. 2013.

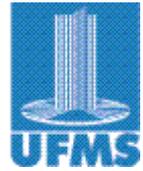
VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 285-289, 2009.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WULP, I. V. D.; BARR, M. E. V.; SCHRJIVERS, A. J. P. Reliability and validity of the Manchester triage system in general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study. **Emerg Med J**. Holanda, v. 25, p. 431-434, 2008. Disponível em: <<http://emj.bmj.com/content/25/7/431.long>>. Acesso em: 06 jul. 2013.



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS RELATIVOS À IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL:

Entrevista nº _____

Data: ____/____/____

1. Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____
2. Sexo: masculino () feminino ()
3. Em que data iniciou seu trabalho nesta instituição? Data: _____
4. Há quanto tempo você trabalha no setor de urgência e emergência desta instituição? _____
5. Em qual instituição você realizou seu curso de graduação:

6. Em que ano concluiu o curso de graduação? _____
7. Fez algum curso de pós-graduação?
() sim () não
a) Se a resposta for afirmativa, qual ou quais?

8. Em que data você foi certificado pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco para utilização do Protocolo de Manchester? Data: _____

ROTEIRO REFERENTE À OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

Observação nº _____

Data: ____/____/____

1. Preparação do ambiente, dos materiais e dos equipamentos;
2. Acolhimento do paciente;
3. Processo de classificação de risco;
4. Encaminhamento dos pacientes;
5. Aceitação do processo de acolhimento com classificação de risco pela equipe multiprofissional no pronto socorro.

ROTEIRO REFERENTES À ENTREVISTA:

1. Como tem sido feito o acolhimento no pronto socorro?
2. Como tem sido a classificação de Risco?
3. Como é feita a educação permanente sobre acolhimento com avaliação e classificação de Risco no pronto socorro? E com qual frequência?
4. Como é o protocolo de Manchester?
5. Como é para você aplicara classificação de risco orientada pelo protocolo de Manchester
6. Como a Classificação de Risco auxilia na gestão dos cuidados aos pacientes?
7. Como tem sido a utilização da classificação de risco pelos serviços de apoio (imagem, laboratório, banco de sangue, etc).
8. Para você como a classificação de risco tem sido vista/percebida pela equipe de profissionais do pronto socorro (repcionistas, porteiros, assistentes sociais, médicos, técnicos de enfermagem, higienizadoras, fisioterapêutas...)?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIRO)

Eu, Juliana Rodrigues de Souza, mestranda da UFMS, estou realizando a pesquisa intitulada: "**COMPREENSÃO DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS**". Tendo como objetivo compreender a aplicação do protocolo de Manchester na percepção dos enfermeiros em um pronto socorro de referência.

A pesquisa em questão será desenvolvida por meio da técnica da observação não participante, o que consiste em observação da prática dos profissionais sem qualquer interferência na ação, e da aplicação de uma entrevista semi-estruturada que será gravada após o término do período de observação em um ambiente privativo. A data e os horários serão agendados de acordo com a sua disponibilidade. Sendo assim, solicitamos a sua autorização para acompanhá-lo no exercício do ato de classificação de risco no seu recinto de trabalho, observando-o de forma sistemática tendo como guia da observação os preceitos de acolhimento da Política Nacional de Humanização e os fluxogramas e descritores estabelecidos pelo Protocolo de Manchester, bem como para gravar a sua fala ao responder as questões contidas no instrumento de coleta de dados. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. As entrevistas gravadas serão arquivadas pela pesquisadora por cinco anos e posteriormente incineradas. Será garantida a confidencialidade das informações e o anonimato do sujeito da pesquisa.

O presente termo consta de duas vias e deverão ser ambas as vias assinadas pela pesquisadora e pelo sujeito da pesquisa. Uma das vias será retida pelo participante e uma arquivada pela pesquisadora.

Se você concordar em participar voluntariamente como um dos sujeitos da pesquisa, gostaríamos que soubesse que a sua contribuição será de grande importância. Você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo no exercício profissional caso se recuse a participar ou, se no decorrer do estudo optar por retirar-se. A sua participação não acarretará nenhum tipo de ônus financeiro.

Caso concorde em participar, necessitamos que preencha e assine o termo de consentimento que lhe será apresentado em anexo. Havendo concordância com

os termos do mesmo, estaremos à sua disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida ou informação referentes à pesquisa e o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos estará a disposição para esclarecimentos referentes as questões éticas.

Agradecemos antecipadamente pela sua atenção e possível participação.

Campo Grande ____ de _____ de 2013.

Assinatura da Pesquisadora - COREN/MS 114395: _____

Telefone: (67) 8402-9302

email: juliana.sbcg@hotmail.com

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFMS:

(067) 3345-7187.

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO SANTA CASA

Associação Beneficente de Campo Grande - Mantenedora do Hospital de Caridade
SANTA CASA
Rua Eduardo Santos Pereira, 88 - CEP 79002-251 - Fone 3322-4000 - Campo Grande - MS

Ofício nº 09/Pesquisa/GEP/DPC/ABCG

Campo Grande, 15 de Maio de 2013.

De Gerência de Ensino e Pesquisa

A: Programa de Pós-Graduação Enfermagem - UFMS

Autorização

Vimos autorizar a realização da pesquisa da mestranda Juliana Rodrigues de Souza intitulado **A implantação do Sistema Manchester de Classificação de Risco em um serviço de urgência e emergência: desafios os enfermeiros.**

Esclarecemos que a pesquisa ocorrerá de coleta de dados através de técnicas de observação estruturada, entrevista com os enfermeiros e dados secundários do Sistema-MV.

Solicitamos que nos sejam repassados os relatórios sobre as atividades desenvolvidas da pesquisa.

Atenciosamente,

Agleison Ramos Omido Junior

Gerência de Ensino e Pesquisa

Agleison R. Omido Júnior
Gerente de Ensino e Pesquisa
ABCG - Santa Casa

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIAL DO CEP

UFMS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: COMPREENSÃO DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

Pesquisador: JULIANA RODRIGUES DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17396413.6.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 383.325

Data da Relatoria: 02/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa. População: 12 enfermeiros que atuam em um pronto socorro de um hospital de referência em Campo Grande - MS. Serão utilizados dados secundários existentes no sistema de informação (sistema MV) da instituição em estudo, além da coleta de dados, por meio de entrevista gravada e observação passiva, diretamente com os enfermeiros.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- Compreender a aplicação do Protocolo de Manchester na percepção dos enfermeiros em um pronto socorro de referência.

Objetivos específicos:

a. Caracterizar o perfil dos usuários atendidos no serviço de urgência e emergência quanto as variáveis: número de atendimentos por dia, número de atendimentos por hora, especialidades médicas, faixa etária e número de internações.

b. Descrever os sujeitos da pesquisa quanto as variáveis: sexo, período de conclusão da graduação, instituição da graduação, há quanto tempo trabalha na instituição, há quanto tempo de trabalho no setor de urgência e emergência, se fez pós-graduação e qual; quando foi certificado

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110

UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE

Telefone: ((67) 33)45-7-187 **Fax:** ((67) 33)45-7-187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

UFMS



Continuação do Parecer: 383.325

peio Grupo Brasileiro de Classificação de Risco.

c. Descrever como se dá a aplicação do Protocolo de Manchester na prática dos enfermeiros classificadores de risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Após reelaboração da Metodologia está claro que não há riscos envolvidos na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE, Carta de Anuência da Instituição e Termo de Compromisso de Manuseio de Banco de Dados presentes e adequados.

Recomendações:

As recomendações solicitadas anteriormente foram atendidas pelo pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diligência atendida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 04 de Setembro de 2013.

Assinador por:
Edilson dos Reis
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: ((67) 33)45-7-187 Fax: ((67) 33)45-7-187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br

**ANEXO C - ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SEGUNDO A
PRIORIDADE/COR E O TEMPO- RESPOSTA.**

Risco	Prioridade/Cor	Tempo-resposta (min.)
Emergência	Vermelho	0
Muito urgente	Laranja	10'
Urgente	Amarelo	60'
Pouco urgente	Verde	120'
Não urgente	Azul	240'

ANEXO D - FLUXOGRAMAS DE APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER

Sinal ou sintoma de apresentação	Sinal ou sintoma de apresentação
Agressão	Embriaguez aparente
Alergia	Erupção cutânea
Alteração do comportamento	Exposição de agentes químicos
Asma, história de	Feridas
Auto-agressão	Gravidez
Bebê chorando	Hemorragia digestiva
Cefaléia	Infecções locais e abscessos
Convulsões	Mal estar em adulto
Corpo estranho	Mal estar em criança
Criança irritadiça	Mordeduras e picadas
Criança mancando	Overdose e envenenamento
Desmaio no adulto	Pais preocupados
Diabetes, história de	Palpitações
Diarreia e/ou vômitos	Problemas dentários
Dispneia em adultos	Problemas em extremidades
Dispneia em crianças	Problemas em face
Doença mental	Problemas nos olhos
Doença sexualmente transmissível	Problemas em ouvidos
Dor abdominal em adulto	Problemas urinários
Dor abdominal em criança	Quedas
Dor cervical	Queimaduras
Dor de garganta	Sangramento vaginal
Dor lombar	Trauma cranioencefálico
Dor testicular	Trauma maior
Dor torácica	Trauma toracoabdominal
Situação de Múltiplas Vítimas - Avaliação Primária	
Situação de Múltiplas Vítimas - Avaliação Secundária	

Fonte: adaptado de Manchester Triage Group; 2006, GBCR, 2010.

ANEXO E - EXEMPLO DE FLUXOGRAMA DE PRIORIDADE CLÍNICA PARA QUEIXA - DOR TORÁCICA, SEGUNDO O PROTOCOLO DE MANCHESTER.

