CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n.15
ISSN 1980-7341

TRIAGEM: O MÉTODO QUE PRIORIZA A VIDA

Gabrielle Mocker da Silva Campos[1]
Iasmim Medeiros[1]
Jamylle Sousa Lara[1]
Rayanne da Silva Maldonado[1]
Thainara Victoria Tondorf Delben[1]

RESUMO

Este artigo teve como objetivo apresentar o funcionamento dos principais métodos de triagem, sua origem e quais países também os adota, com enfoque no protocolo de Manchester. Por consequência de falhas do setor de urgência e emergência no Brasil, os Serviços de Emergência têm recebido uma elevada demanda de pacientes, o que dificulta o atendimento dos que correm risco de vida. Por isso, instalar um método de triagem é um meio de melhorar o atendimento, tornando-o mais humano. O sistema de triagem Manchester foi criado no Reino Unido e é capaz de estratificar os pacientes conforme seu quadro clínico e potencial de risco em cinco prioridades diferentes, cada uma delas com tempo máximo de espera aceitável para o atendimento médico inicial. Sendo este um dos principais protocolos seguidos mundialmente, é de tamanha importância seu conhecimento.

Palavras-Chaves: Classificação de Risco. Emergência. Triagem. Acolhimento. Serviços Médicos de Emergência. Protocolo Manchester.

ABSTRACT

This article aimed to present the operation of the main screening methods, its origin and which countries also adopted, focusing on the Manchester protocol. Consequently emergency sector failures and emergency in Brazil, the Emergency Services have received a high number of patients, which complicates the care of those who are at risk of life. So install a screening method is a way to improve customer service, making it more human. The Manchester triage system was created in the UK and is able to stratify patients according to their clinical and risk potential in five different priorities, each with a maximum of acceptable waiting for initial medical care. This being one of the main protocols followed worldwide, is of such importance his knowledge.

Keywords: Risk rating. Emergency. Triage. User Embracement. Emergency Medical Services. Protocol Manchester.

1. Graduandas em Medicina pelo Centro Universitário de Várzea Grande/MT.

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n.15
ISSN 1980-7341

INTRODUÇÃO

A escolha do tema do presente artigo surgiu por meio da observação do sistema de classificação de risco dos pacientes que procuravam atendimento de emergência/urgência em um hospital publico de Cuiabá, durante as atividades práticas da Liga Acadêmica de Emergências Clínicas (LAEC) do Centro Universitário de Várzea Grande. Ele tem como objetivo apresentar os diferentes métodos de triagem, com enfoque no Protocolo Manchester, abordando o funcionamento deste, sua origem e quais países também o adota.

Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados SCIELO, LILACS e MEDLINE, com busca por artigos publicados com o tema "classificação de risco na emergência", "sistema de triagem" e "protocolo Manchester".

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A triagem, palavra de origem francesa do verbo "trier" que significa escolher/selecionar, foi utilizada, inicialmente, pelo cirurgião do exército francês Jean Dominique Larrey, durante a Revolução Francesa, para designar o método que identificava rapidamente entre os soldados feridos, aqueles que exigiam atendimento e tratamento médico prioritário dos que poderiam aguardar sem risco de morte. Posterior a isto, o método foi adotado pelos militares em outras guerras ou catástrofes para atender aos feridos (COUTINHO; CECILIO; MOTA, 2012).

A partir da década de 60, nos Estados Unidos, houve um aumento na procura aos Serviços de Emergência por pacientes que não estavam em situações de atendimento urgente, tornando a demanda superior aos recursos disponíveis (GALATI; SANTOS, 2014). Diante disso, médicos e enfermeiros, que já haviam trabalhado com o sistema de triagem em guerras, implantaram nos hospitais civis o modelo de classificação de risco com o intuito de organizar a demanda pelo grau de necessidade do paciente e não pela sua ordem de chegada ao serviço (OLIVEIRA, 2013).

O Sistema de Triagem visa classificar a prioridade clínica dos pacientes, nos diferentes níveis de urgência, baseado em sua queixa principal; priorizando o

ISSN 1980-7341

atendimento daqueles com grau de risco elevado, devido ao seu prognóstico mais limitado e a maior dificuldade no controle do seu agravo. Prevenindo, desta forma, maiores complicações, e, consequentemente, reduzindo a mortalidade (INOUE, 2015). Além disso, com este método é possível controlar o fluxo de pacientes e fornecer informações ao usuário e seus familiares quanto ao tempo limite de espera pelo atendimento. Sendo, portanto, uma ferramenta de extrema importância para a otimização do atendimento nos serviços de emergência (SILVA; SANTOS; BRASILEIRO, 2013; SILVA; SCHIAVON, 2013).

Atualmente, os Serviços de Emergência recebem uma elevada demanda de pacientes em busca de atendimento devido a falhas na estruturação das redes de atenção, seja pelo desconhecimento da população sobre a finalidade do setor de urgência e emergência ou pela demora nos agendamentos de consultas na atenção primária, o que os fazem procurar a atenção com maior complexidade para resolver sua necessidade em um menor tempo (SILVA; SANTOS; BRASILEIRO, 2013).

Por sua vez, a superlotação afeta a qualidade do serviço prestado, além de aumentar os custos devido a necessidade de mais recursos humanos e materiais. Portanto, ao se instalar o método de triagem, faz-se com que haja uma melhoria tanto no atendimento, tornando-o mais ágil, quanto na gestão das unidades, contribuindo, entre outras questões, na redução dos gastos (JÚNIOR; MATSUDA, 2012; SILVA; SANTOS; BRASILEIRO, 2013).

Para tanto, visando adequar as estruturas dos seus serviços de urgências/emergência Estados Unidos, Austrália, Canadá e Reino Unido desenvolveram protocolos próprios de classificação de risco para atender as necessidades dos seus usuários. Atualmente o Emergency Severity Index (ESI©), Australian Triage Scale (ATS©), Canadian Triage Acuity Scale (CTAS©) e o Manchester Triage System (MTS©) são os protocolos mais utilizados em nível mundial (ZYTKUEWISZ, 2013; PINTO JUNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

O Emergency Severity Index (ESI) é o modelo de triagem americano, desenvolvido pela Agência Norte-Americana para a Qualidade e Pesquisa em Cuidado à

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n.15
ISSN 1980-7341

Saúde, implantado em 1999, que apresenta cinco níveis de prioridade por meio de um único fluxograma que foca na necessidade de recursos e não em estabelecer um tempo para o atendimento (COUTINHO; CECILIO; MOTA, 2012; CORDEIRO JUNIOR; TORRES; RAUSCH, 2014).

Quadro 1. Sistema de Triagem Emergency Severity Index

EMERGENCY SEVERITY INDEX – ESI	
Nível 1 – Emergência	Avaliação médica imediata;
Nível 2 – Urgência	Atendimento em não mais que 10 minutos;
Nível 3 - Doença Aguda	Fatores de risco não indicam deterioração rápida;
Nível 4 - Queixas Crônicas	Sem ameaça à função de órgãos vitais;
Nível 5	Paciente apresenta-se estável e não necessita de recursos.

Fonte: COUTINHO; CECILIO; MOTA (2012, p.190).

O ESI integra a experiência do enfermeiro avaliador com a estimativa do grau de consumo de recursos diagnósticos e terapêuticos para determinar a prioridade clínica do paciente. Entretanto só é utilizada para pacientes menos graves (nível 3, 4 e 5). Além do mais, não é um modelo de triagem aplicada em todos os Estados Unidos, cabendo a cada instituição determinar a sua norma interna de utilização (COUTINHO; CECILIO; MOTA, 2012; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR [ANS], 2012).

A Australasian Triage Scale (ATS) foi desenvolvida durante a década de 70 em Melbourne, baseando-se no tempo de atendimento aos pacientes que apresentavam risco de vida. Inicialmente, ela ficou conhecida como Ipswich Triage Scale, mas em 1993 a Australasian College of Emergency Medicine, adotou o modelo como parte da triagem de seus pacientes e modificou seu nome para National Triage Scale (NTS). Somente nos anos 2000 que a escala ganhou o nome de Australasian Triade Scale. Atualmente, a ATS é adotada na Austrália pelas autoridades de saúde e pelo Australian Councilon

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n.15
ISSN 1980-7341

Health Care Standards (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012; GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2007).

Esta escala apresenta cinco categorias de urgência, além do tempo limite de espera correspondente a cada nível. Para a classificação são analisados desde parâmetros clínicos até comportamentais. Por meio de discriminadores clínicos, o enfermeiro analisa qual categoria de urgência o paciente se encontra, sendo a ele permitido, na Austrália, prescrever medicações orais e inalatórias, oxigenoterapia, soroterapia ou até um eletrocardiograma, além de poder solicitar exames laboratoriais e radiológicos. Cabe a ele, também, referenciar os pacientes com queixas classificadas como não urgentes a serviços ambulatoriais de saúde. Para isso, a maioria dos serviços de urgência exige destes profissionais um treinamento de 12 a 18 meses antes de trabalhar com a triagem (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Quadro 2. Sistema de Triagem Australasian Triage Scale

AUSTRALASIAN TRIAGE SCALE – ATS	
Categoria	Tempo Atendimento
1 - Ameaça imediata à vida	Imediato;
2 - Ameaça iminente à vida	10 minutos;
3 - Potencial ameaça à vida	30 minutos;
4 - Pacientes sérios potencialmente	60 minutos;
5 - Pacientes menos urgentes	120 minutos.

Fonte: COUTINHO; CECÍLIO; MOTA (2012, p.190).

A ATS serviu como referência para o Canadá desenvolver a Canadian Triage Acuity Scale (CTAS). Uma escala adaptada à realidade canadense, que foi implantada em 1999 e é utilizada amplamente em todo o país. Em 2001, foi desenvolvida parte específica para crianças, a Canadian Triage and Acuity Scale Pediatric Guidelines. Além disso, em 2008, o CTAS passou por uma revisão, na qual foram adicionadas cores para a representação de cada um dos cinco níveis de prioridade (SOUZA, 2009).

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n.15
ISSN 1980-7341

Quadro 3. Sistema de Triagem Canadian Triage Acuity Scale

CANADIAN TRIAGE ACUITY SCALE – CTAS		
Nível	Cor	Tempo Atendimento
1 – Reanimação	Azul	Imediato;
2 – Emergente	Vermelho	15 minutos;
3 – Urgente	Amarelo	30 minutos;
4 - Menos urgente ou Semiurgente	Verde	60 minutos;
5 - Não urgente	Branco	120 minutos.

Fonte: COUTINHO; CECÍLIO; MOTA (2012, p.190).

A CTAS estabelece uma relação entre um grupo de eventos sentinelas, que são definidos pelos diagnósticos da International Classification of Diseases, 9th revision - CID-9 CM (posteriormente atualizada pela CID 10 CM), e as condições mais frequentes apresentadas pelos doentes que procuram o serviço de urgência (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2009).

SISTEMA DE TRIAGEM MANCHESTER

O início da implantação dos sistemas de triagem nos serviços de emergência, como dito anteriormente, surgiu em 1960 nos Estados Unidos. Entretanto, o protocolo mais utilizado na atualidade e reconhecido mundialmente foi desenvolvido no Reino Unido, a partir de 1996, na cidade de Manchester (FEIJÓ, et al, 2015).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) foi criado pelo Grupo de Triagem de Manchester (GTM) - Manchester Triage Group - a fim de estabelecer um protocolo de priorização de atendimento aos pacientes, organizar o fluxo, e predizer a evolução do seu usuário (CAROLINE GONCALES, et al, 2015; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Vários países têm implementado esse protocolo, como Suécia, Holanda, Espanha, Itália, Japão e Hong Kong. Em 2000, Portugal criou o Grupo Português de Triagem (GTP) que também passou a adotar o STM em seu país. Atualmente o Sistema de Manchester abrange quase toda Europa e alguns países da Ásia. Este protocolo

ISSN 1980-7341

atende à necessidade de uniformizar os atendimentos, com vista a firmar um padrão internacional (CAROLINE GONCALES, et al, 2015; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012; ANZILIERO, 2011).

O protocolo de Manchester é caracterizado, primordialmente, pela capacidade de estratificar os pacientes conforme o seu quadro clínico, de acordo com o potencial de risco que este apresenta. Dessa forma, a partir da realização de uma acurada triagem, a qual objetivará a análise de sinais e sintomas, a equipe, previamente capacitada, poderá determinar a gravidade do quadro do indivíduo, identificando o tempo de espera e o tratamento pelo o qual o mesmo deverá passar, aumentando, assim, a eficiência do atendimento (SERVIN, et al. [200?]).

Sendo assim, percebe-se que o serviço de acolhimento constituiu-se, sobretudo, da necessidade de humanizar o atendimento, bem como de torna-lo mais ágil e efetivo, garantindo, desse modo, um melhor controle da demanda recebida, sendo capaz de descongestionar os serviços de urgência/emergência (SERVIN, et al. [200?]) Logo, o protocolo de Manchester ao passo que identifica e prioriza o atendimento do paciente, reorganizando os fluxos operacionais, possibilita que todos tenham acesso ao atendimento, ou seja, ele não tem por intuito excluir pacientes, mas sim, estratifica-los conforme suas necessidades, visando um atendimento com responsabilidade (ZYTKUEWISK, 2013; AZEVEDO; BARBOSA, 2007).

Para tanto, é necessária a integração de diferentes profissionais e serviços de saúde, permitindo o encaminhamento de forma adequada dos pacientes. Assim, pressupõem-se a necessidade de uma equipe multiprofissional integrada, a qual, a partir de diretrizes que propõe critérios de avaliação de risco pré-definidos, possa trabalhar visando à melhora dos indivíduos em detrimento de conflitos de poder entre os profissionais, por exemplo, evitando, assim, inúmeros problemas, tal como um atendimento fragmentado (AZEVEDO; BARBOSA, 2007; BELLUCCI JUNIOR et al, 2015).

Em vista disso, cada profissional assume sua posição perante o caso clínico, favorecendo o processo de classificação dos pacientes. Assim, entende-se que o

ISSN 1980-7341

paciente, após procurar um serviço de atendimento, será recepcionado e, consequentemente, encaminhado a partir da realização de uma ficha de encaminhamento. Por conseguinte, no setor de Classificação de Risco, o paciente será acolhido por um profissional da enfermagem, o qual estabelecerá a triagem conforme o protocolo (SERVIN, et al. [200?]).

Desse modo, o enfermeiro identificará os sinais psicológicos, interpessoais e comunicativos do indivíduo, sendo esses influenciados, muitas vezes, pelos aspectos sociais em que o usuário se encontra. Portanto, o profissional, a partir da análise dos aspectos físicos bem como das queixas do paciente, fará a classificação do indivíduo, utilizando-se, assim, de uma avaliação intuitiva, mas que é embasada pelos conhecimentos profissionais e pelas diretrizes pré-estabelecidas (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Com isso, para avaliar o estado de saúde do paciente, é necessária a coleta de informações com enfoque, principalmente, na queixa principal e nos antecedentes clínicos que o paciente apresenta. Ademais, a realização de um exame físico se torna importante, ao passo que terá por finalidade a identificação de sinais e sintomas característicos, os quais poderão determinar a existência de padrões normais ou alterados, bem como presumir a probabilidade de risco (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Deste modo, apresenta-se como dados de avaliação do paciente, os quais são coletados na ficha de atendimento, a anamnese tradicional, caracterizada, principalmente, pela queixa principal e pela especificação da mesma, atrás da especificação do início, da evolução e do tempo da doença, juntamente análise do estado físico do paciente, utilizando-se da escala de dor e de Glasgow. Ademais, como critério de classificação, é importante analisar os sinais de alerta do paciente, como a presença de desmaios ou de febre alta, além da avaliação dos sinais vitais e de doenças preexistentes. Por fim, apontar se o paciente apresenta alguma medicação em uso, alergias ou vícios é de suma importância, já que pode evitar complicações nos procedimentos futuros. Assim, determina-se a gravidade da situação, sendo necessária a

ISSN 1980-7341

reavaliação constante do quadro clínico, pois este poderá mudar, conforme os cuidados são realizados ou conforme a espera para ser atendido (SERVIN, et al. [200?]).

Dessa maneira, o enfermeiro, a partir da triagem, atribuirá uma cor para cada caso, conforme a classificação de risco estabelecida, sendo o paciente, por conseguinte, encaminhado para a especialidade médica – clínica ou cirúrgica – de acordo com a necessidade encontrada (BECKER et al, 2015). Para tanto, tem-se cinco categorias de classificação conforme as prioridades, as quais são estabelecidas além de cores, um número, nome e o tempo máximo aceitável para o atendimento médico inicial (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Em síntese, as cinco classes seriam caracterizadas da seguinte forma: A prioridade 1 (um), cuja cor é vermelha, requer cuidados imediatos, sendo esta a situação mais emergencial a ser encontrada, já que indica morte iminente. A prioridade 2 (dois), cor laranja, também requer cuidados imediatos, porém é caracterizada como uma situação de urgência, que apresenta elevado risco de morte, aceitando um tempo máximo de 10 minutos para o atendimento. A prioridade 3 (três), cor amarela, caracteriza-se por ser uma urgência de gravidade moderada, sem risco de morte, tendo um tempo de avaliação maior: 60 minutos, no máximo. A prioridade 4 (quatro), cor verde, apresenta-se como uma urgência de pouca gravidade, necessitando somente de cuidados da Atenção Primária, tendo um tempo de espera de até 120 minutos. Por fim, encontra-se a prioridade 5 (cinco), cor azul, caracterizada por um quadro não urgente, que poderá aguardar atendimento em até 240 minutos, sendo este realizado por uma Unidade de Saúde (SERVIN, et al. [200?]; SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ, 2012).

Assim, comumente como casos de emergência (prioridade 1 – vermelha) são aqueles que apresentam comprometimento das vias aéreas e respiração inadequada, como ocorre na parada cardiorrespiratória, hemorragia grave, choque, convulsão e/ou irresponsividade. Casos de urgência grave são primordialmente dores intensas ou moderadas, hemorragia maior incontrolável, alteração da consciência, esfriamento e/ou febre em crianças. Por sua vez, casos de urgência moderada seriam caracterizados por hemorragia menor incontrolável, história de inconsciência e/ou adulto febril. Por fim, os

ISSN 1980-7341

casos pouco urgentes são normalmente dores leves recentes, febre baixa e/ou outro problema recente (SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ, 2012).

Com isso, compreende-se a importância da realização de uma apurada triagem, a qual desencadeará a construção de um fluxograma, identificando-se a prioridade clínica a partir de discriminadores. Atualmente, o Sistema de Triagem de Manchester possui 52 fluxogramas para diferentes problemas. Cada fluxograma é constituído por discriminadores gerais – que se aplicam a todos os doentes, como dor e temperatura – e específicos – que estão relacionados a características particulares do quadro clínico. Desse modo, a partir da queixa principal, direcionar-se-á um determinado fluxograma o qual, após passar por toda a análise, será capaz de especificar em qual prioridade de risco (vermelha, laranja, amarela, verde ou azul) o paciente se encontrará (SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ, 2012).

Assim, um caso clínico se utiliza de um fluxograma padrão para determinar em qual classe de risco se encontra o paciente. Por exemplo, um paciente apresentando dor torácica não necessariamente se encaixará na situação de emergência, ou seja, o paciente deverá apresentar obstrução de vias aéreas, respiração inadequada e choque para se caracterizar como estando em tal classificação (BUONINCONTRO, 2015).

Se forem negados esses aspectos, deve-se verificar se há presença de dor precordial ou cardíaca, dispneia aguda, pulso anormal e dor intensa. Sendo confirmados, o paciente estará em uma prioridade 2 (laranja). Se forem negados, verifica-se o caso de dor pleurítica, vômitos persistentes, história cardíaca significante e dor moderada, os quais caracterizaram uma prioridade 3 (amarela). Ademais, se o paciente não se encaixar nesse caso, verifica-se a presença de vômitos, dor leve e evento recente, os quais o levarão a prioridade 4 (verde). Por fim, se não forem identificadas nenhumas das situações anteriores, o paciente se encontrará fora de risco, sendo um caso não urgente (azul) (BUONINCONTRO, 2015).

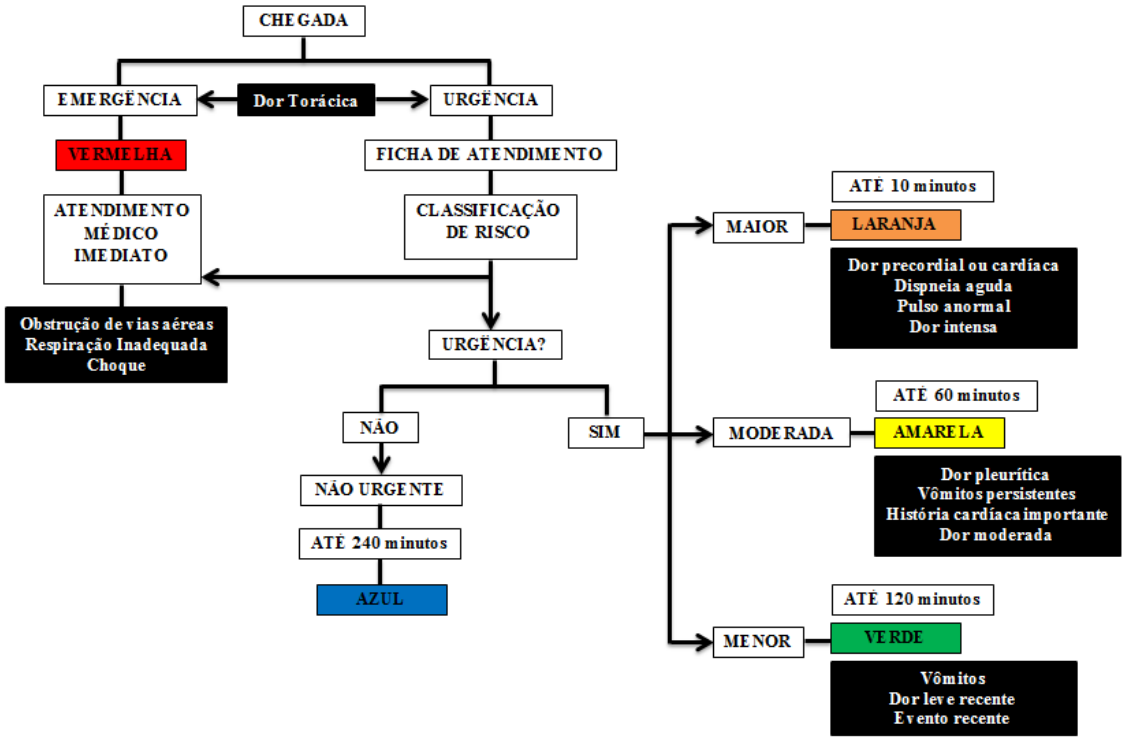
Logo, observa-se que para determinar cada classe, foram-se usadas situações que explanam diferentes graus de riscos para saúde. Por sua vez, para identifica-las utilizasse de discriminadores. Os discriminadores gerais são utilizados para determinar

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n.15
ISSN 1980-7341

o risco de vida e a dor encontrada. Já os discriminadores específicos compreendem o tipo e a gravidade da dor, bem como a alteração do pulso (SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ, 2012).

A partir da análise do fluxograma abaixo, fica mais claro a compreensão da Classificação de Risco e como ocorre o seu funcionamento. Dessa forma, notar-se-á a importância de se entender o funcionamento do protocolo de Manchester, assim como de utilizá-lo na prática diária, beneficiando todo o sistema de saúde.

Fluxograma 1. Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester. Esquema demonstrando a divisão em prioridade do atendimento em urgência/emergência, o qual faz uso da "dor torácica" para exemplificar o procedimento.



Fonte: SERVIN, et al. (p. 9, [200?]), BUONINCONTRO (p. 16, 2015).

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n.15
ISSN 1980-7341

BRASIL E SEU SISTEMA DE TRIAGEM

No Brasil, em 2002, foi implantada, pelo Ministério da Saúde, a Portaria 2.048, que propõe aos hospitais terem um sistema de acolhimento ao paciente e uma triagem classificatória de risco nos serviços de urgência e emergência, priorizando pacientes em estados graves. Isso fez com que a satisfação do usuário aumentasse, além de diminuir o congestionamento dos hospitais e organizar o fluxo do atendimento, como observado nos demais países que adotam protocolos de triagem (BRASIL, 2002; ANZILIERO, 2011; SERVIN, et al. [200?]; SILVA, et al. 2014).

Desse modo, essa triagem classificatória é realizada por meio de protocolos pré-estabelecidos, que visam à identificação rápida do paciente de acordo com critérios clínicos para estabelecer a gravidade do mesmo. São realizadas por profissionais da saúde com nível superior e treinamento adequado para administrá-los (ZYTKUEWISZ, 2013).

Entanto, o acolhimento é uma ação assistencial, que propõe uma mudança em relação ao profissional e ao usuário, a partir do reconhecimento do paciente como participante do processo da produção da saúde, procurando, assim, atender a todos que buscam o serviço. Isto posto, o acolhimento utiliza parâmetros éticos e humanitários que buscam atender as diversas necessidades do paciente, sejam elas culturais ou étnicas, através de uma postura acolhedora, capaz de escutar e obter uma resposta adequada, além de orientar o usuário e a sua família a procurar outros níveis de atenção a saúde para a continuidade do tratamento. Assim sendo, o acolhimento se difere da triagem de risco por ser adotado em todos os serviços de saúde, não necessitando de um profissional especifico para utilizá-lo (BRASIL, 2009; BRASIL, 2004).

Um dos principais protocolos de triagem seguidos no Brasil é o Sistema de Triagem de Manchester (STM), cuja implantação deu-se, pioneiramente, pelo estado Minas Gerais. Em 2005, com o apoio do Ministério da Saúde, o governo de Minas implantou no Pronto Socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens o STM, e em 2011 em 24 postos de saúde em formato piloto (ANZILIERO, 2011; PINTO JÚNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012; SOUZA, 2011).

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n.15
ISSN 1980-7341

Contudo, a fim de se adequar à realidade, bem como às necessidades do Hospital Municipal Odilon Behrens, o STM sofreu algumas adaptações nos quesitos relacionados ao tempo de espera para o atendimento, à reavaliação da enfermagem e à avaliação da queixa principal, a qual se realiza por fluxogramas estratificados (SILVA, et al. 2014).

Outra adaptação do STM adotada no protocolo brasileiro é o acréscimo da cor Branca para classificar procedimentos eletivos ou retorno de consulta nos Serviços de Saúde. A implantação desta cor foi realizada, em 2001, pelo Grupo Português de Triagem (GPT), responsável pela tradução para o português de Portugal do protocolo e publicada mundialmente em 2002. Atualmente outros estados brasileiros veem adotando protocolos de classificação de risco em seus hospitais de urgência e emergência (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012; TANCCINI, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço de emergência é o mais procurado dentre os demais setores de atendimento. Com isso, a fim de não sobrecarregá-lo, as atenções à saúde foram divididas em vários níveis. Entretanto, a população não foi instruída de forma adequada e, por isso, o caráter de medicina curativa/emergencialista ainda impera em detrimento do preventivo. Desse modo, tem-se, como resultante, uma grande demanda de patologias que não necessitariam destes serviços de atenção imediata, já que não estabelecem risco à vida nos serviços de emergência, superlotando, assim, o sistema de urgência/emergência, o que acarreta em prejuízo ao atendimento, tornando-o ineficaz.

Diante desse cenário, após inúmeras análises sociais, são lançados novos protocolos de atendimento emergencial, que administram com maestria a demanda recebida neste setor, de forma a priorizar as patologias conforme sua gravidade, em vez de valorizar a ordem de chegada. Entre os mais conhecidos, encontra-se o protocolo Manchester, o qual, adicionado ao acolhimento, é o protocolo, na atualidade, vigente nos serviços de emergência brasileiros.

Apesar de algumas deficiências presentes nos prontos atendimentos do Brasil, não se pode ignorar a evolução dos serviços de emergência, a qual se estabeleceu através da aplicação desses protocolos. Em vista disso, infere-se a importância da

ISSN 1980-7341

triagem por meio de sistemas padronizados para atendimento, os quais tem a funcionalidade de auxiliar o profissional de saúde a tomar decisões rápidas e eficientes com amparo cientifico, diminuindo, desse modo, a variabilidade da pratica clínica, além de evitar desperdícios de recursos e aumentar a qualidade do atendimento, diminuindo, por fim, o risco de erros nos atendimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.,** Porto Alegre , v. 33, n. 4, p. 181-190, Dec. 2012 .

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Acolhimento com Classificação de Risco**. Brasília, DF, nov. 2012.

ANZILIERO, Franciele. **Emprego do sistema de triagem de Manchester na estratificação de risco:** revisão de literatura. Escola de Enfermagem UFRGS, 2011.

AZEVEDO, Jane Mary Rosa; BARBOSA, Maria Alves. Triagem Em Serviços De Saúde: Percepções Dos Usuários. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 33-39, jan/mar. 2007.

BECKER, Juliana Barros. et al. Triagem no Serviço de Emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 49, n. 5, p. 783-789, 2015.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido. et al. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 82-87, jan./fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: **acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 48p. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002**. Brasília, DF, 2002.

BUONINCONTRO, Rodrigo. **Fluxograma de Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester.** [S.I.]: SlideShare, 2015. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/rodrigobenfermeiro/fluxograma-manchester>. Acesso em: 15 jan. 2016.

CAROLINE GONCALES, Paula; et al. Relação entre estratificação de risco, mortalidade e tempo de permanência em um hospital de urgência. **Invest. Educ. Enferm**. Medellín, v. 33, n. 3, dec. 2015.

CORDEIRO JUNIOR, Welfane; TORRES, Bárbara Lopes de Brito; RAUSCH, Maria do Carmo **Paixão. Sistema Manchester de Classificação De Risco: Comparando Modelos**. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 16 p. Abril, 2014.

COUTINHO, Ana Augusta Pires; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MOTA, Joaquim Antônio César. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev. Méd. Minas Gerais**. V. 22, n. 2, jun. 2012.

FEIJÓ, Vivian Biazon El Reda. et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n.106, p.627-636, jul./set. 2015.

GALATI, Ariane das Graças; SANTOS, Natália Sperli Geraldes Marin dos. Protocolo De Classificação De Risco Em Setor De Emergência Em Um Hospital Filantrópico Do Noroeste Paulista. **Revista Científica UNILAGO,** v. 1, n.1, 2014.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **História da Classificação de Risco**. Belo Horizonte, out. 2007.

INOUE, Kelly Cristina. et al. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 28, n. 5, p. 420-425, Aug. 2015.

JÚNIOR, José Aparecido Bellucci; MATSUDA, Laura Misue. Implantação do sistema acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. **Texto & Contexto – Enferm.** Florianópolis, v. 21, n.1, p. 217-225, jan./ mar. 2012.

OLIVEIRA, Gabriella Novelli. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 21, n. 2, p. 500-506, 2013.

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência: APSUS - Classificação de Risco**. Secretaria da Saúde – Governo do Paraná, 2012. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS__Ed._Permanente/Oficina_03/APSUS_Classificacao_Risco_APS2012.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

PINTO JUNIOR, Domingos; SALGADO, Patrícia de Oliveira; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1041-1047, Dec. 2012.

SERVIN, Santiago Cirilo Noguera; et. Al. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco: Política Municipal de Humanização – Socorrão I – Socorrão II – Hospital da Criança.** Biblioteca Virtual em Saúde. [200?] [S.I.]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

SILVA, Ana Paula Vieira; SANTOS, Brasilina Marcela Guerra dos; BRASILEIRO, Marislei Espíndula. Impacto da utilização de métodos de triagem no atendimento em urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição,** v. 4, n. 4, p. 1-15, jan-jul. 2013.

SILVA, Eliete Maria; SCHIAVON, Isabel Cristina Adão**.** A Triagem em Serviços de Emergência. **Revista do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves - Saberes Interdisciplinares**. Ano VI, n. 11, jan-jun/ 2013.

SILVA, Michele de Freitas Neves et al . Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 22, n. 2, p. 218-225, Apr. 2014.

SOUZA, Cristiane Chaves de. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 19, n. 1, [08 telas], jan-fev. 2011.

SOUZA, Cristiane Chaves de. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 2009. 121f. (Mestrado em Saúde e Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

TANCCINI, Thaíla. **Sistema Manchester: tempo despendido na classificação de risco, prioridades estabelecidas e desfecho clínico dos pacientes atendidos na maior emergência do sul do Brasil**. 2014. 61f. (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2014.

CONNECTION LINE
REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG
n.15
ISSN 1980-7341

ZYTKUEWISZ, Rochele Alfonso. **As cores que priorizam a vida: Protocolo Manchester**. Grupo Hospitalar Conceição-GHC. Porto Alegre; s.n, 15 p. 2013.