



**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES**  
**CURSO DE ENFERMAGEM**

**PROTOCOLO DE MANCHESTER: A OTIMIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DO  
ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO  
ATENDIMENTO**

**Claudia Bonfim de Paula Lemes**  
**Ilzeane Moreira da Silva**

**Orientador: Prof. Me. Osmar Pereira dos Santos**

**TRINDADE**  
**2016**

**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES**  
**CURSO DE ENFERMAGEM**

**PROTOCOLO DE MANCHESTER: A OTIMIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DO  
ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO  
ATENDIMENTO**

**CLAUDIA BONFIM DE PAULA LEMES**  
**ILZEANE MOREIRA DA SILVA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial  
para obtenção do título de bacharel em  
enfermagem, pela Faculdade União de  
Goyazes, sob a orientação do Prof. Me.  
Osmar Pereira dos Santos.

**Orientador: Prof. Me. Osmar Pereira dos Santos**

**TRINDADE**  
**2016**

**CLAUDIA BONFIM DE PAULA LEMES**

**ILZEANE MOREIRA DA SILVA**

**PROTOCOLO DE MANCHESTER: A OTIMIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DO  
ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO  
ATENDIMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade União de  
Goyazes como requisito parcial à  
obtenção do título de Bacharel em  
Enfermagem, aprovada pela seguinte  
banca examinadora:

---

Prof. Me. Osmar Pereira dos Santos (Orientador)  
Faculdade União de Goyazes

---

Enf<sup>a</sup>. Esp. Ana Lúcia Ribeiro Pinto (Avaliadora Externa)  
Hospital de Urgência de Trindade

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Sandra Rosa de Sousa Caetano (Avaliadora Interna)  
Faculdade União de Goyazes

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Mirian Cristina de Oliveira (Avaliadora Suplente)  
Faculdade União de Goyazes

Trindade - GO  
12/12/2016

Dedicamos este trabalho em especial aos nossos pais e familiares, a quem devemos parte de nossas conquistas, por sempre estarem ao nosso lado nos incentivando e nos apoiando.

## **AGRADECIMENTOS**

*Claudia Bonfim de Paula Lemes*

Primeiramente agradeço a Deus, pelo dom da vida, e por estar sempre ao nosso lado nos dando força para a concretização deste trabalho.

Agradeço a minha querida família, em especial a minha mãe que sempre me apoiou, e acreditou em mim.

Agradeço as minhas filhas pela compreensão de minha ausência.

Agradeço ao meu esposo pela compreensão e companheirismo.

Agradeço ao meu Orientador Osmar Santos por me ajudar nessa jornada.

Agradeço a minha amiga Ilzeane Moreira da Silva pelo companheirismo durante o curso.

A todos muito obrigada!!!

*Ilzeane Moreira da Silva*

Primeiramente agradeço a Deus, pelo dom da vida, e por estar sempre ao nosso lado nos dando força para a concretização deste trabalho.

Agradeço a minha querida família, em especial a minha irmã Ilzamar Moreira da Silva que sempre me apoiou, e acreditou em mim.

Agradeço os meus filhos pela compreensão de minha ausência.

Agradeço ao meu esposo pela compreensão e companheirismo.

Agradeço ao meu Orientador Osmar Santos por me ajudar nessa jornada.

Agradeço a minha amiga Claudia Bonfim de Paula Lemes pelo companheirismo durante o curso.

A todos muito obrigada!!!

# **PROTOCOLO DE MANCHESTER: A OTIMIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Claudia Bonfim de Paula Lemes<sup>1</sup>  
Ilzeane Moreira da Silva<sup>1</sup>  
Osmar Pereira dos Santos<sup>2</sup>

## **RESUMO**

O protocolo de Manchester objetiva um melhoramento nas atividades exercidas nos centros de atendimento por meio da atuação do profissional enfermeiro, que organiza seus fluxos de distribuição através de arranjos selecionados por cores, ferramenta amplamente utilizada atualmente. O objetivo deste trabalho é conhecer o protocolo de Manchester bem como as suas contribuições para organização do setor de pronto atendimento/classificação de risco e sua otimização para a atuação do profissional enfermeiro. A pesquisa trata-se de um estudo bibliográfico de caráter exploratório descritivo. Como resultados entende-se que em uma época de alterações populacionais nunca vistas, e também grande demanda por atendimento, além de praticidade, busca-se manter o mesmo sentimento de humanização do profissional demandado diariamente para lidar com situações delicadas da vida das pessoas na classificação de risco. O protocolo de Manchester vem sendo utilizado em grande escala ao redor do mundo, o que agrega credibilidade e noções práticas de eficácia deste sistema e contribuição para a reorganização do serviço de saúde, principalmente o setor de emergência e urgência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acolhimento; Enfermeiro; Pronto atendimento; Protocolo de Manchester.

## **ABSTRACT**

The Manchester protocol aims to improve the activities performed in the centers of care through the work of the nurse professional, who organizes their distribution flows through arrangements selected by color, a tool widely used today. The objective of this work is to know the protocol of Manchester as well as its contributions to the organization of the sector of ready care / risk classification and its optimization for the professional nurse's performance. The research is a descriptive exploratory bibliographic study. As a result it is understood that in a time of population changes never seen, and also a great demand for care, besides practicality, it is tried to maintain the same humanization feeling of the professional demanded daily to deal with delicate situations of the life of the people in the classification Of risk. The Manchester protocol has been used on a large scale around the world, which adds credibility and practical notions of effectiveness of this system and contribution to the reorganization of the health service, especially the emergency and urgency sector.

**KEYWORDS:** Acolhimento; Nurse; Ready care; Manchester Protocol.

<sup>1</sup> Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes.

<sup>2</sup> Orientador, Professor do Curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes, Enfermeiro do GDF.

## 1. INTRODUÇÃO

Os Serviços de atenção à saúde podem ser compreendidos como sendo práticas de comprometimento com a saúde direcionadas a emergência e a urgência, em primeiro caso, a necessidade apresentada geralmente não traduz em resultado morte, mas em se tratando de emergência se faz necessária um tratamento dinamizado e um preparo diferenciado dos funcionários do local para que os mesmos saibam lidar com situações mais graves que lhe serão diariamente apresentadas no ambiente de trabalho (AMESTOY & THOFEHRN, 2006 ).

Entretanto os riscos que devem ser evitados nem sempre são apenas os que podem ter como causa final o óbito, mas também se faz presente a necessidade de evitar sequelas nos pacientes, estas sejam passageiras ou mais graves que se instalam de forma permanente, é competência deste profissional a realização de uma análise anterior que incide em que grau está o quadro em que se encontra o enfermo e a providência de encaminhamento a ser tomada. O trabalho é fundamental, devendo ser encarado como fonte de prazer e satisfação e não de sofrimento, por isso, além das mudanças internas nos trabalhadores, são necessárias, concomitantemente, alterações no ambiente de trabalho e nas relações interpessoais que deveriam estar baseadas no amor ao próximo, para que a humanização possa se tornar uma realidade no cotidiano (RODRIGUES, 2001).

As inovações nos serviços de atenção à saúde, foram desenvolvidos para gerar dinamização no oferecimento de auxílio e a humanização do atendimento que é parte relevante quando o assunto são ambiências que recebem casos em massa de acometimentos de doenças. O acolhimento tem sido objeto de diversos debates, visto que apesar do ato de receber um paciente integre parte do ciclo de etapas correspondentes à realização do tratamento adequado, é importante que este seja trabalhado. O Pronto Atendimento/Socorro é a unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Podendo ter ou não internação (BRASIL, 2016).

O profissional enfermeiro deve ser apoiado e a ele serem disponibilizadas ferramentas de aperfeiçoamento prático de atuação, mas não necessariamente havendo uma restrição na distribuição de afazeres, visto que é importante o estímulo ao trabalho em equipe, e que neste processo estão inseridos os mais diversos profissionais que são especialistas em suas atividades, como o assistente social, o médico, os trabalhadores da administração, os que garantem a segurança do ambiente e a própria gestão da unidade, demonstrando na prática que é necessária a interligação de funções que visem em melhores práticas de acolhimento e distribuição. Nesse contexto, a humanização é entendida como valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (SHIROMA & PIRES, 2011).

Segundo o dicionário Aurélio (2016) classificar é pôr em ordem e já o risco é estar exposto a perigo. Então a classificação de risco pode ser entendida como uma forma de colocar em ordem de atendimento aqueles que apresentam maior perigo de morte ou agravar as lesões.

Segundo a resolução COFEN Nº 423/2012, o profissional enfermeiro é o profissional mais indicado para atuar neste serviço. Conforme e consta no Art. 1º No âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do enfermeiro, observada as disposições legais da profissão. E no Parágrafo único é visto que: Para executar a classificação de risco e priorização da assistência, o Enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento (COFEN, 2012).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é conhecer o protocolo de Manchester bem como as suas contribuições para organização do setor de pronto atendimento/classificação de risco e sua otimização para a atuação do profissional de enfermagem.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

A pesquisa trata-se de um estudo bibliográfico de caráter exploratório descritivo. Sendo assim, Togatlian (2012) define esse tipo de pesquisa como sendo aquela que procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos. Busca conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema. Procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características.

Onde se utiliza materiais já elaborados como: livros, artigos científicos e sites tendo como fontes o Google acadêmico, revista Scielo, Lilacs Bireme e dicionário Michaelis, utilizando-se materiais produzidos do ano de 2001 a 2016. Foram selecionados 30 artigos e destes usados 14 artigos, sendo usados como critérios para a seleção dos artigos foram os critérios de inclusão e exclusão.

Tendo como critério de inclusão a abordagem de conteúdo referente ao protocolo de Manchester, otimização da atuação do profissional da enfermagem, terminologias básicas a fim de facilitar o entendimento de termos técnicos e a compreensão total do trabalho, e pelo critério de exclusão não foram usadas fontes anteriores ao ano de 2001, e aos artigos que não se mostraram de forma clara e objetiva a abordagem do tema.

Fez-se necessário o seguinte percurso metodológico: escolha do tema, levantamento bibliográfico online e em biblioteca física, leitura e seleção do material, delineamento dos objetivos, escolha do método de pesquisa, resultados e discussão e conclusão da pesquisa.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **3.1 Protocolo de Manchester: A classificação de risco**

O protocolo de Manchester é responsável pela classificação de risco de pacientes em unidades médicas de emergência e urgência. A nomenclatura dada à triagem se dá devido a sua origem em 1997, na cidade de Manchester na Inglaterra, em um cenário de necessidade de dinamização dos quadros médicos da época. As técnicas foram amplamente utilizadas em países como Austrália,

Canadá, EUA, Espanha, Holanda, Alemanha dentre outros. No Brasil, no ano de 2008, o precursor do programa foi o estado de Minas Gerais, buscando melhor distribuição do fluxo de pacientes que necessitam de atenção médica, em seguida sendo implantado no Sul em Curitiba e no Sudeste brasileiro em São Bernardo e São Paulo em caráter experimental para a obtenção de resultados satisfatórios que estimulassem a efetiva aplicação (JÚNIOR *et al.*, 2015).

São diversas as dificuldades enfrentadas na implantação do sistema de acordo com cada região, seja problemas com a informatização da população, com a própria organização de unidades médicas em sua estrutura interna ou com a qualificação técnica e humanística do profissional habilitado na realização da classificação de risco usando o protocolo de Manchester, sendo de total relevância a padronização na execução das técnicas classificatórias do mesmo para atingir seu objetivo final (PEDUZZI & CIAPONE, 2005).

O protocolo de Manchester utiliza-se de cinco cores a fim de escalonar o grau do risco que se apresenta em determinado paciente, promovendo-se a classificação de risco, como mostra na figura 01.

**Figura 01- Quadro 01:** Níveis de gravidade em escala de cores e tempo de atendimento, segundo o Protocolo de Manchester.

| <b>Classificação</b>           | <b>Intervenção Médica</b>     | <b>Reavaliação do enfermeiro</b> | <b>Prioridades</b>                                                              | <b>Patologias</b>                                          |
|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Vermelho – Emergência</b>   | Intervenção médica imediata   | Cuidados contínuos               | Tratamento médico imediato                                                      | Acidente Vascular Cerebral, Hipertensão, Hemorragia grave. |
| <b>Laranja – Muito Urgente</b> | 10 min                        | Cuidados contínuos               | Muito urgente, o paciente necessita de atendimento o mais prontamente possível. | Diminuição do nível de consciência, overdose, taquicardia. |
| <b>Amarelo-Urgente</b>         | Avaliação médica < 30 minutos | A cada 30 minutos                | Aguardam atendimento médico prioritário                                         | Enxaqueca, deficientes físicos, idosos.                    |
| <b>Verde-Semi-urgência</b>     | Avaliação médica < 1 hora     | A cada 60 minutos                | Aguardam consulta com prioridade em relação ao azul                             | Realização de curativos, atestados médicos.                |
| <b>Azul-Não Urgência</b>       | Avaliação médica < 2 horas    | A cada 2 horas                   | Atendimento por ordem de chegada                                                | Consultas médicas.                                         |

Fonte: Brasil, 2009, Bahia, *et al.*, 2015. Adaptado.

A cor vermelha indica a posição mais alta da escala usada para sinalizar casos de emergência, aqui está presente um elevado risco de morte, necessitando o paciente de atendimento imediato, no caso de identificação de enfermidades como o traumatismo crânioencefálico (TCE), insuficiência cardiorrespiratória (ICR), infarto agudo do miocárdio (IAM), perfuração por arma de fogo (PAF), perfuração por arma branca (PAB), hemorragia grave, acidente vascular encefálico (AVE), hipertensão, desconforto respiratório grave, dentre outros (OLIVEIRA, GUIMARÃES & PINTO, 2013).

A cor laranja denota muita urgência no atendimento médico ocorre a necessidade de atenção com espera de no máximo dez minutos, é observado em casos como a diminuição do nível de consciência, dor torácica, overdose, febre alta, síncope, cefaleia intensa, diarreia e vômito, diabético apresentando sudorese, crise asmática, taquicardia, intoxicação exógena, sangramento vaginal com gravidez, dentre outros. Em relação a cor amarela a espera pode se estender até cinquenta minutos, o paciente poderá aguardar o atendimento em assento, estando ausente o risco de morte no caso de idade acima de 60 anos, enxaqueca, dores intensas em geral, pacientes escoltados, abscesso, deficiente físico, impossibilidade de deambulação lombalgia acentuada, etc. (AMESTOY & THOFERN, 2006).

Verde representa pouca urgência, a espera pode ter maior duração, de aproximadamente 120 minutos, com a priorização de atendimento de pacientes com quadro mais gravoso, também a depender das condições de fluxo hospitalar e poderá ocorrer o deslocamento do paciente para outra rede complementar, para a realização de curativos, atestados médicos (BRASIL, 2009).

A cor azul simboliza quadros de não urgência, poderá resultar em uma espera prolongada ou encaminhamento direto para outra rede de saúde, a fim de realizar a consulta médica.

A classificação de Manchester se mostra eficaz ao que se propõe e podem ser apresentados vários pontos positivos, mas em contra partida, negativos também, mas que podem tranquilamente ser objetos de especial atenção para resultarem em boas práticas. A classificação de risco não objetiva fazer diagnóstico médico, mas sim uma avaliação da gravidade dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Entretanto, oferece ao enfermeiro a oportunidade de identificar características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco que

possibilitam a formulação de diagnósticos de enfermagem (DE) prioritários e que necessitam de intervenção rápida para a manutenção da vida dos pacientes (SOUZA *et al.*, 2013).

Dentre os pontos positivos, há o êxito no uso em diversos sistemas de saúde, facilidade no manuseio do sistema, redução das mudanças do desempenho clínico, humanização no tratamento de pacientes, aprimoramento do emprego de recursos nas unidades de saúde, informatização da população quanto à importância do uso do sistema, agilidade no atendimento hospitalar, diminuição do número de óbitos, distribuição adequada dos pacientes entre as unidades de saúde, redução da duração do tempo de espera, evitar a utilização de recursos e equipamentos de urgência sem real necessidade e a percepção eficaz do número de pacientes que se encontram na unidade (MARTINS, 2003).

Em contraposição, são identificados fatores negativos em torno da triagem de Manchester, como o número restrito de ambientes hospitalares que utilizam o sistema, manuseio inadequados por falta de preparo dos profissionais de saúde, manifestações negativas por parte da população quanto à ordem no atendimento, falta de treinamento constante e atualização do profissional, o equívoco na classificação da situação do enfermo devido ao mau uso do sistema, desorganização do próprio espaço físico da unidade dentre outros problemas ressaltados. As finalidades a serem alcançadas são as mais diversas quando se cita a triagem de Manchester, sendo de suma importância a otimização da atuação do enfermeiro na classificação de risco em unidade de emergência e urgência utilizando-se do sistema, de certo modo a apresentação de metas tão relevantes podem incitar a valorização dessas práticas iniciais a serem realizadas com a chegada de um paciente em unidade de atendimento (JUNIOR *et al.*, 2015).

Como mencionado anteriormente, o protocolo de Manchester, se preocupada em priorizar o atendimento dos pacientes que apresentem sinais de enfermidades que possam leva-los a morte. A classificação se desdobra em muitos outros benefícios que englobam todas as relações entre a equipe e o paciente, em torno do local onde se efetivam. Há uma limitação do direito de auxílio de qualidade de quem procura atendimento, nem sempre se devendo ao descaso do auxiliador, mas pela falta de preparo e o não oferecimento de novas ferramentas e aperfeiçoamento do serviço realizado, não ocorrendo a integração

das situações reais e a qualidade do serviço que deva ser prestado (MARTINS, 2003).

Embora o acolhimento seja constituinte de todas as práticas de atenção e gestão, os serviços de emergência têm sido foco de discussão dessa temática por apresentarem alguns desafios a serem superados, tais como superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, pouca articulação com a rede assistencial, dentre outros (SOUZA *et al.*, 2013).

O Grupo Brasileiro de Classificação de Risco – GBCR, sugere o percurso de alguns passos buscando uma eficaz instituição e resolução do protocolo. Subdividem-se na humanização e aprimoramento de habilidades da equipe a ser treinada, seja o treinamento realizado presencialmente ou à distância, em segundo lugar é necessária a inserção do sistema de Manchester na unidade desejada, em seguida a atenção deve ser dada a aplicabilidade do sistema em sua fase inicial de implantação e a mesma em todas as fases de uso, de forma integral e periódica, manutenção da capacitação da equipe e acompanhamento dos efeitos desses direcionamentos, e a realização regular de auditorias internas e externas (JÚNIOR *et al.*, 2015).

A classificação de risco proporciona a efetivação de constatações integrais, mesmo que a avaliação clínica seja realizada por mais um profissional, o seguimento de orientações simplificadas, diminuem-se drasticamente a oscilação de opiniões diante de um mesmo quadro (BRASIL, 2003).

Os fluxogramas moldam um quadro transparecendo a realidade quanto a dificuldade em se fazer um primeiro contato com paciente, muitas vezes ocorrendo uma confusão no momento oportuno para situar o local adequado para a distribuição do mesmo, como por exemplo, os níveis de gravidade próximos, que podem levar o profissional ao equivoco posteriormente necessitando de uma nova análise e demandando uma nova classificação, que facilmente resultam em consequências irreversíveis ao paciente em questão e aos outros que aguardam atendimento no que se refere ao tempo de espera (SHIROMA & PIRES, 2011).

Para a implementação do sistema de classificação de Manchester dos quadros de saúde representado por cores, faz-se necessário o seguimento de diretrizes. A organização do protocolo se dá através de fluxogramas. O Grupo Brasileiro de Classificação de Risco em sua página online, disponibiliza todo a

parte procedimental para o sucesso da classificação de risco na unidade hospitalar. O Protocolo de Manchester é embasado em grupos de indicativos e sintomas e é representado por cinquenta e dois fluxogramas, cinquenta destes são usados para acontecimentos comuns da rotina da unidade de saúde e dois para casos de multiplicidade de vítimas que são escolhidos partindo do pressuposto situacional e dos sintomas descritos por cada paciente (JÚNIOR *et. al.*, 2015).

Em cada esquema há a presença de pontos que indicarão como deve ser feita a arrecadação e o estudo de dados para defini-la em que grau prioritário clínico situa-se o paciente. O seguimento de todos os procedimentos visa à integração do entendimento e da aplicabilidade simplificada das definições, estando todos os discriminadores anteriormente definidos. O método não propõe estabelecer diagnóstico médico e por si só não garante o bom funcionamento do serviço de urgência. Este sistema pretende assegurar que a atenção médica ocorra de acordo com o tempo resposta determinado pela gravidade clínica do doente, além de ser ferramenta importante para o manejo seguro dos fluxos dos pacientes quando a demanda excede a capacidade de resposta (BRASIL, 2009).

Consente à tomada de decisões uma forma não mais individual, mas integralizada com total controle dos passos a serem seguidos, resultando em frutos positivos todo o processo resolutivo da adoção de práticas renovadoras, tudo buscando resultar na qualidade situacional do enfermo e da qualidade do atendimento do mesmo, entretanto, garante uma economia de tempo primordial, que é situação determinante entre a vida e morte do paciente, já que não é incomum os casos com mais de uma vítima em busca de auxílio médico em pronto socorro (OLIVEIRA & GUMARÃES, 2013).

### **3.2 Otimização da atuação do profissional da Enfermagem na aplicação do protocolo de Manchester**

Atualmente no país, há uma verdadeira colisão de interesses no que diz respeito aos atendimentos nas unidades médicas, de um lado se encontra a indignação da população pela deficiência dos sistemas de saúde e do outro, há os profissionais que devido às deficiências procedimentais e muitas vezes acadêmicas submetem ao fracasso das práticas que deveriam ser dominadas e

aperfeiçoadas diariamente, e que colidem no que diz respeito à integração e sintonia que deveriam revestir essas relações (OLIVEIRA & GUIMARÃES, 2013).

A economia e o aproveitamento de tempo ainda é um problema a ser solucionado em todas as etapas de um atendimento em unidades hospitalares. O primeiro contato firmado se perfaz na entrada do centro de saúde com a realização do acolhimento, dependendo da gravidade do quadro, o paciente chega a bordo de uma maca, cadeira de rodas e em casos menos graves, locomove-se sem auxílio, em cada caso dos apresentados, a decisão a ser tomada tem caráter diferenciado (BRASIL, 2003).

Em todo caso, a agilidade e o dinamismo devem estar presentes, resultados que são buscados e pregados pelo uso do protocolo de Manchester, que por meio da organização de fluxogramas, auxilia o profissional enfermeiro em como realizar um primeiro contato satisfatório com o paciente, com a presença de cores a fim de simbolizar o quadro vivenciado por este último, em todo caso, o paciente deve também prestar ajuda a fim de lograr êxito na busca da identificação do que impede a perfeita saúde (MARTINS, 2003).

A Identificação dos possíveis diagnósticos de enfermagem na classificação de risco é importante para garantir a continuidade do cuidado na sala de emergência e urgência, onde o enfermeiro poderá planejar de forma rápida os resultados esperados. Em todas as bases bibliográficas utilizadas na construção do presente trabalho, é unânime a posição que evidencia a principal função do protocolo, que é a de dinamizar o atendimento do paciente, por meio de um acolhimento e distribuição rápida e correta, pautadas na humanização do tratamento dado pelo profissional e da eficácia conferida ao trabalho realizado (BRASIL, 2009).

Ademais, por maior que seja a eficácia do protocolo de Manchester, o aprimoramento do uso dos fluxogramas classificadores é ponto crucial e a atenção especial deve ser estendida para um momento posterior a implantação, ou seja, a cada dia deve se fazer presente a compreensão da classificação e novas formas de utilidade, que simboliza uma expansão e adaptação à realidade de cada região, é claro, não recusando as regras genéricas estabelecidas que são inerentes ao bom desempenho do protocolo. Sendo assim, o profissional enfermeiro se destaca frente a este serviço (JUNIOR *et. al.*, 2015).

O protagonismo dos pacientes sujeitos a classificação de risco é de suma importância, e é dever do profissional enfermeiro, e demais profissionais de saúde, criar ambientes favoráveis à abertura de diálogos entre as partes que se integram nesta relação, a equipe deve buscar um aproveitamento total da conversação estabelecida desde a chegada de quem procura auxílio, até sua distribuição para o médico especialista ou para outra unidade de saúde. Os estudos, porém, nos alertam para a necessidade de articular as ações realizadas pela equipe de enfermagem, mediante uma interação dos sujeitos trabalhadores em que, além das intervenções técnicas, esteja entrelaçada a prática comunicativa pela busca do reconhecimento e o entendimento mútuo para o alcance da tarefa profissional, em conformidade com a necessidade dos clientes e a legislação vigente (BRASIL, 2009).

Implicitamente, afirma-se a relevância da atualização do enfermeiro em sua própria área de atuação para que este acompanhe a mudança da sociedade que a cada dia traz à apreciação dos trabalhadores da saúde casos mais complexos difíceis de resolução, então a dominação do que lhe foi agregado em toda sua vivência acadêmica como profissional de enfermagem, deve estar presente em sua atuação o que posteriormente será integrado ao uso do protocolo, que ajuda na identificação das etapas a serem realizadas (PEDUZZI & CIAPONE, 2005).

O GBCR, quando explica o funcionamento do protocolo de Manchester, elenca dentre as etapas a ser seguida a realização de auditorias internas e externas periodicamente, para uma reafirmação da qualidade do sistema, é uma forma de fiscalização se as diretrizes fundamentais estão sendo exercidas pela equipe profissional. O uso do sistema abrange toda a equipe da unidade de saúde, mesmo que a aplicação não advenha de todos. Indiretamente nas fases de acolhimento e distribuição, os recepcionistas, seguranças, e plantonistas estão ligados à aplicabilidade do protocolo de Manchester, como facilitadores desta execução (JUNIOR *et. al.*, 2015).

A utilização do protocolo, vem possibilitando clareza na delegação das atividades. O enfermeiro detém uma função de elevada importância que é a de aproximar-se e entender quais fatos integram a permanência do paciente nas unidades de saúde, aqui não há a inversão de papéis, também é função do profissional enfermeiro em identificar os sintomas que se manifestam, como uma

espécie de diagnóstico anterior ao dado efetivamente pelo médico (OLIVEIRA & GUIMARÃES, 2013).

Através da conversação, o paciente ou seu acompanhante criam esquemas que sintonizam a aplicabilidade dos fluxogramas à situação real e a compreensão rápida do enfermeiro condiciona a eficácia do trabalho. Outro ponto é a organização do ambiente hospitalar, sua estrutura é ponto determinante no sucesso da distribuição, visto que a escoação facilitada da entrada e da recepção para os outros pontos de atendimento deve ser realizada com celeridade, obviamente a presença de grades, obstáculos, escadas e baixo volume de elevadores dificulta a movimentação (SHIROMA & PIRES, 2011).

As considerações acerca da organização do serviço não são atribuições do enfermeiro, mas são providências a serem tomadas pela direção da unidade hospitalar e que são apontadas pelo profissional enfermeiro que pode ver seu desempenho dificultado por tais falhas arquitetônicas, fator ligado diretamente ao acolhimento e distribuição após a avaliação do trabalhador. Também, é estendida uma preocupação com a questão humanística da formação do profissional da enfermagem (RODRIGUES, 2001).

A sensibilização não é característica de todas as pessoas, mas se faz necessário a exteriorização de um sentimento de preocupação e sensibilização por parte do enfermeiro, se o paciente identificar a figuração desses componentes psíquicos na relação, pode se tornar mais receptivo e contribuidor a fim de esquematizar seu quadro. Ao refletir sobre humanização no âmbito institucional, primeiramente pensamos nos usuários e, apesar de muito discutir-se sobre a humanização hospitalar, o bem-estar dos profissionais da saúde tem sido deixado em segundo plano (AMESTOY & THOFEHRN, 2006).

A presença desse fator entre as etapas de implantação do sistema de classificação de risco retrata uma falha presente na formação do profissional que muitas vezes, prende-se a técnica e se esquece da humanização de suas atribuições, é um grande obstáculo até para os melhores sistemas.

A capacidade de compensação e de compreensão do sentimento do outro em um momento de enfrentamento de dores e insegurança permeia este relacionamento e é um acelerador do processo, por isso é estimulado seu aprimoramento, como dito, não se busca obrigar ao enfermeiro a ter um sentimento de piedade, o que nem é aconselhável, pois o que existe é a interação

de pessoas iguais, mas uma delas se encontra em situação de vulnerabilidade, o fator estimulado aqui é a humanização do tratamento. Caso fique definido que nem todos os usuários passarão pela classificação de risco, os casos que não serão classificados devem ser caracterizados de acordo com as especificidades e a pactuação feita em cada serviço (exemplos: sutura, ginecologia, oftalmologia, etc.) (BRASIL, 2009).

Outras formas de aperfeiçoar a eficácia da implantação destes sistemas de classificação, é não deixar a margem à população, são possíveis a integrar o quadro, estimulando a participação do cidadão com a elaboração de cartilhas que elucidem dúvidas e estimulem o oferecimento de sugestões para aperfeiçoar o programa. A confecção de informativos não é benéfica apenas para os pacientes, também se mostra como uma forma de relembrar e exercitar o profissional da saúde em suas atividades diárias que pode estender-se como um componente de sua capacitação periódica. Como se observa, é característica da própria natureza dos sistemas de classificação de risco a necessidade de integração multiprofissional nos estabelecimentos de auxílio à saúde, visto que tal relação tem caráter de comunicabilidade entre as ações de cada trabalhador no exercício de suas atribuições atividade (JÚNIOR *et. al.*, 2015).

A elaboração de informativos não devem restringir-se apenas ao enfermeiro e ao paciente, a elaboração destas peças evidenciando a parte técnica é interessante à formação dos demais profissionais, sejam eles membros do serviço social, da esfera administrativa ou até mesmo dos responsáveis pela segurança do local. O protocolo de Manchester vem sendo usado em grande escala em diversos centros de saúde ao redor do mundo, sua popularidade se deve a facilidade na implantação e manutenção do sistema, sem falar na melhora apresentada pelo uso da classificação. Atribuição do manuseio é dada principalmente ao enfermeiro e de forma subsidiária aos demais profissionais que compõe os quadros dos centros de atenção à saúde, que traduz explicitamente a importância da interligação de pessoas e serviços (OLIVEIRA & GUIMARÃES, 2013).

A sugestão da adoção unificada do protocolo é uma forma de integralizar positivamente todos os níveis de atenção à saúde existente no território brasileiro, assim como padronizar as práticas e proporcionar acolhimentos e distribuição de qualidade a todas as pessoas nas faixas urbanas e rurais e modificar a realidade

das políticas públicas referentes ao bem estar social. A elaboração de portarias exterioriza a preocupação com a qualidade do atendimento nesses estabelecimentos, o Ministério da Saúde realiza convenções de forma continuada e debate questões que poderiam ser resolvidas pela simples adoção de medidas que construam a humanização e otimização de práticas já existentes. Faz-se preciso restabelecer no cotidiano, por exemplo, o princípio da universalidade/equidade para o acesso e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos (BRASIL, 2009).

Basicamente a atuação do enfermeiro é a de estabelecer um contato inicial com o paciente de forma a identificar com rapidez o mal que lhe acomete. Além do fator humanístico e domínio técnico das funções, o estímulo à adoção de práticas renovadoras é eficazmente incitado, claro, sem desmerecer as diretrizes estabelecidas pelos sistemas classificatórios, apenas busca-se a adequação à realidade de cada local, os recursos disponíveis e o aproveitamento integral das práticas embasadas pelo recurso, promovendo assim, a organização do serviço de pronto atendimento (BRASIL, 2003).

Portanto os requisitos gerais que condicionam o sucesso na implantação do protocolo de Manchester e o aperfeiçoam seu uso, são, portanto, o interesse e disponibilidade do profissional, reconhecimento da atuação do profissional enfermeiro, bom estado das faculdades mentais e físicas, responsabilidade para com o cumprimento das orientações dadas, vivência prática acentuada em unidades de emergência e urgência, experiência com o atendimento móvel, facilidade em estabelecer conversações, desenvoltura no que diz respeito ao trabalho em equipe e receptividade com os treinamentos, pois a necessidade de aproveitamento funcional é constante quando se trata da defesa à vida. (AMESTOY & THOFEHRN, 2006).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou retratar a realidade brasileira, na oferta dos serviços de classificação de risco para a manutenção da saúde nos centros de atendimento do país. Os sistemas de classificação de risco auxiliam na rápida distribuição do paciente para o próximo procedimento a ser seguido, se vai haver o encaminhamento para o especialista ou se em menor nível de periculosidade, a fim de descongestionar o ambiente do pronto atendimento e ocorrer à deslocação para unidade distinta de atendimento ao cliente.

É notório que, após ser visto o desenvolvimento das formas de otimizar as funções atribuídas ao profissional enfermeiro, é de suma importância a criação de ferramentas que esquematizem o trabalho a ser feito, agregadas ao conhecimento técnico e incrementadas. As contribuições de outros profissionais que direta e indiretamente, realizam ações que facilitam a promoção de saúde, são importantes para o aprimoramento e um bom desempenho do trabalho no setor da classificação de risco.

O protocolo de Manchester vem sendo utilizado em grande escala ao redor do mundo, o que agrega credibilidade e noções práticas de eficácia deste. O grupo brasileiro de classificação de risco, que é o responsável no país pela qualificação do profissional enfermeiro que posteriormente fornece o treinamento para os demais interessados na execução da classificação de risco, ressalta logo nas etapas de implantação, a importância de haver capacidade de exteriorizar a empatia, o tratamento humanizado e a sensibilização do mesmo, facilitando e fortalecendo a relação de confiança entre profissional e, incidindo de forma positiva nos resultados (JÚNIOR *et. al.*, 2015).

A otimização desses sistemas, é visada como modo de aperfeiçoamento do serviço de saúde oferecido no Brasil, por isso estimula micro e macro políticas que integrem as atividades e as padronize, de modo que resulte em unificação dos sistemas classificatórios do território brasileiro, tanto na esfera pública quanto na privada, e com isso a melhora nos atendimentos nos serviços de emergências e urgências, organizando o ambiente hospitalar e fortalecendo o trabalho do enfermeiro por oferecer ferramentas importantes para a execução da assistência de enfermagem.

## 5. REFERÊNCIAS

AURÉLIO, Dicionário de Língua Portuguesa. **Significado de Classificar**. 2016. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/classificar>. Acesso em: 20/10/2016.

AMESTOY, Simone Coelho; Eda and THOFEHRN, Maria Buss. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm. [online]**. 2006, vol.19, n.4, pp.444-449. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000400013>.

BAHIA, F. S. OLIVEIRA, V. A. SANTOS, O. P. **A classificação de risco como forma de organização do serviço na unidade de Emergência e Urgência**. Faculdade União de Goyazes. Curso de Enfermagem. Trindade – GO. 2015  
BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de Urgências**. Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Poder executivo, 6 out. 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília – DF 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Sistema de Informação em Saúde – DATASUS. **Tipo de Estabelecimento**. Brasília- DF, 2016. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo\\_estabelecimento.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm). Acesso em: 20/10/16.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 423/2012**. Publicada no DOU nº 70, de 11 de abril de 2012, pág. 195 – Seção 1. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012\\_8956.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html). Acesso em: 20/10/2016.

JÚNIOR, W. C.; RAUSCH, M. C. P.; ROCHA, P. T. B; NASCIMENTO, G. F. L.; CARVALHO, C. A. **Diretrizes para Implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às Urgências e Emergências**. Como implementar o sistema de Manchester de classificação de risco em sua instituição de saúde. Grupo brasileiro de classificação de risco. 2ª edição, 2015.

MARTINS MCA. **Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar**. Millenium. Res ISPU,2003.

OLIVEIRA, Daiani Antunes de; GUIMARÃES, Jaciane Pinto. A Importância Do Acolhimento Com Classificação De Risco Nos Serviços De Emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, vol.2 n.2, jan/jun 2013.

PEDUZZI M, CIAPONE Mht. **Trabalho em equipe e processo grupal**. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 108-24.

RODRIGUES AL. Saúde, amor e trabalho. In: Silva MAD. **Quem ama não adoece**: o papel das emoções na prevenção e cura das doenças. São Paulo: Best Seller; 2001. p.309-21.

SHIROMA, Lícia Mara Brito; PIRES, Denise Elvira Pires de. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em Foco**, 2011; 2(1):14-17.

SOUZA, Cristiane Chaves de; MATA, Luciana Regina Ferreira da; CARVALHO, Emília Campos de; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester. **Rev Esc Enferm. USP** 2013; 47(6):1318-24.

TOGATLIAN, Marco Aurélio. **Tipos de pesquisa**. 2012. Disponível em: <http://www.togatlian.pro.br/docs/pos/unesa/tipos.pdf>. Acesso em: 20/10/2016.