

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO EXTREMO NORTE DO TOCANTINS

WELCOME AND RISK CLASSIFICATION: EXPERIENCE REPORT OF RISK CLASSIFICATION IN A PUBLIC HOSPITAL IN THE FAR NORTH OF TOCANTINS

Cristiane Costa Uchôa¹

Kesia Chaves da Silva²

Resumo: A classificação de risco é um processo de identificação de pacientes que prioriza os que necessitam de acordo com o potencial de risco. O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é amplamente utilizado no país como um protocolo de classificação de risco, visando melhorar os métodos de triagem no atendimento de urgência e emergência. No entanto, a implementação do STM apresenta desafios. O objetivo deste relato de experiência foi destacar os desafios e enfatizar a importância do treinamento adequado e do comprometimento dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros classificadores. A implementação efetiva do STM requer o conhecimento teórico-científico, aliado à experiência profissional, para adaptar o protocolo à realidade da unidade hospitalar. É importante ressaltar que este relato de experiência é baseado em um contexto específico de um hospital de porte II. As particularidades e desafios enfrentados podem variar em outras instituições de saúde.

Palavras-chave: Acolhimento. Classificação de risco. Hospital. Enfermagem.

Abstract: Risk classification is a process of identifying patients that prioritizes those in need according to risk potential. The Manchester Triage System (MTS) is widely used in the country as a risk classification protocol, aiming to improve triage methods in urgent and emergency care. However, the implementation of the MTS presents challenges. The objective of this experience report was to highlight the challenges and emphasize the importance of adequate training and commitment of healthcare professionals, especially the nurse classifiers. The effective implementation of the STM requires theoretical and scientific knowledge, combined with professional experience, to adapt the protocol to the reality of the hospital unit. It is important to emphasize that this experience report is based on a specific context of a size II hospital. The particularities and challenges faced may vary in other healthcare institutions.

Keywords: Report. Experience. Project. Text. Writing.

1 Pós-Graduada em Saúde Coletiva com Ênfase em Saúde da Família (UNITINS)- Campus Universitário de Augustinópolis, Tocantins.

2 Enfermeira. Mestre em ciências ambientais (UNITAU). Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Tocantins (UNITINS). Campus Augustinópolis, Estado do Tocantins, Brasil.

Introdução

Os serviços de emergência (SE) são caracterizados por alta rotatividade de pacientes e foram criados para oferecer ajuda imediata para problemas de saúde com serviços de alta complexidade e variedade para atender essa demanda e garantir todos os procedimentos de suporte de vida com condições para a continuação da assistência local ou em outro nível de serviço de referência. É considerado um componente importante dos cuidados de saúde, e que se tornou um dos mais problemáticos (DUARTE; GLANZNER; PEREIRA, 2018).

A classificação de risco é um processo de identificação de pacientes que prioriza os que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, e não com a ordem de chegada ao serviço de urgência e emergência. O Sistema de Triagem de Manchester (STM), o mais utilizado no país, é um exemplo de protocolo de classificação de risco que busca atingir tal meta, devendo ser aplicado diante do adequado treinamento das equipes de saúde e, em especial, o enfermeiro classificador (AZEVEDO et al., 2015).

Os Serviços de Emergência Hospitalares são utilizados pelos usuários como uma das principais portas de entrada no sistema público ou privado de saúde. No Brasil, o número de pacientes que demandam estes serviços com uma grande variedade de condições clínicas, vem aumentando. Essa situação pode levar ao fenômeno da superlotação, que, associado muitas vezes a precários processos de organização desses serviços, resultam em desfechos clínicos indesejáveis (SACOMAN et al., 2019).

Esse valor de uso dos serviços de urgência e emergência distorce a finalidade desses serviços, sobrecarregando-os com o desenvolvimento de ações assistenciais que poderiam ser realizadas na atenção básica ou em unidades de urgência de menor densidade tecnológica (BELTRAMMI, 2015). Diante desse cenário, a reorganização das entradas dos SEH tornou-se primordial. Para tanto, em situações nas quais a demanda excede a capacidade de atendimento do serviço, têm sido implantados dispositivos de atendimento por prioridade clínica, para organização do fluxo de entrada dos pacientes. Sendo assim, a classificação de risco surge, portanto, como uma estratégia clínica e organizacional para atenuar riscos e danos oriundos das assimetrias geradas pelo acesso aos cuidados. Para tanto, é necessário que as equipes de saúde aliem o conhecimento técnico-científico com a prática profissional.

O Sistema de Triagem de Manchester foi originado na Inglaterra em 1994 com o propósito de estabelecer uma hierarquia nas urgências dos pronto-socorros, e atualmente é o protocolo mais amplamente utilizado no Brasil. A regulação desse sistema é conduzida pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), composto por médicos e enfermeiros, que preza pela manutenção dos padrões internacionais a fim de garantir a segurança do sistema (FONSECA, 2019).

O processo de implementação do protocolo em serviços de urgência e emergência não é fácil já que necessita de diversas modificações físicas, estruturais e culturais para uma possível adaptação, visto que diversas dificuldades podem ser encontradas. Assim, surge a seguinte problemática: a equipe de enfermagem é resistente quanto a implantação do protocolo? A população está adequada a esse novo modelo de assistência?

O propósito deste estudo foi fazer o relato de experiência de implementação do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco utilizando o Sistema de Triagem de Manchester (STM) em um serviço de urgência e emergência de um hospital de porte II no extremo norte do Tocantins. Além disso, busca-se explorar a interação entre a equipe de enfermeiros responsáveis pela classificação de risco e outros profissionais de saúde, destacando as fraquezas e fortalezas do processo de implementação, bem como a dinâmica, aceitação e eficácia do sistema.

Metodologia

Este artigo trata-se de um relato de experiência vivenciado em um hospital público de porte II, localizado no extremo norte do Tocantins. Ele abrange a implementação do Sistema de Triagem de Manchester (STM) e destaca as dificuldades inerentes encontradas nesse processo no serviço de urgência e emergência. A experiência foi vivenciada durante um curso de pós-graduação, juntamente com os enfermeiros qualificados com curso de acolhimento STM que atuam no setor de acolhimento e classificação de risco do referido hospital.

A pesquisa utilizou o relato de experiência como uma ferramenta de pesquisa descritiva, que permite refletir sobre ações ou um conjunto delas, abordando uma situação vivenciada no contexto profissional de interesse da comunidade científica (GROLLMUS; TARRÈS, 2015).

O STM é composto por prioridade e cor, cada um deles definido com base no tempo ideal de resposta até a primeira avaliação médica, com base em categorias de sinais e sintomas (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação da prioridade do protocolo Manchester

Prioridade	Cor	Tempo de espera
Emergente	Vermelho	0 minutos
Muito urgente	Laranja	10 minutos
Urgente	Amarelo	60 minutos
Pouco urgente	Verde	120 minutos
Não urgente	Azul	240 minutos

Fonte: Brasil, 2014.

O protocolo inclui ainda, fluxogramas que são selecionados com base na situação e/ou queixa apresentada pelo paciente. Cada fluxograma contém discriminadores que orientam a coleta e análise de informações para determinar a prioridade clínica do paciente. Para garantir a uniformidade na compreensão e aplicação dos conceitos, todos os discriminadores são previamente definidos (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018).

Resultados e discussão

A experiência foi descrita no período de Fevereiro a Abril de 2023, sobre a capacitação dos profissionais do pronto socorro de um hospital de porte II no extremo norte do Tocantins, quanto ao sistema de acolhimento e Classificação de Risco, do Protocolo de Manchester.

A equipe de enfermagem do hospital conta com 137 enfermeiros, 240 técnicos e auxiliares. O setor de classificação de risco adulto conta com seis enfermeiros e quatro técnicos, sendo que no plantão diurno ficam 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem.

Inicialmente esperou-se com este projeto otimizar as triagens de atendimento de urgência e emergência, permitindo a equidade no atendimento para o paciente. Além disto, buscou despertar os profissionais da saúde para a importância da realização do treinamento deste sistema para melhoria da qualidade da assistência. A implementação certificada do Sistema Manchester de Classificação de Risco nesse serviço envolveu a capacitação da equipe de enfermagem na função de Classificador.

Em abril de 2023, foi realizado um curso presencial de classificação e acolhimento Manchester, no qual participaram os enfermeiros do pronto-socorro, um médico da equipe, além de alguns técnicos de enfermagem e profissionais de educação continuada, com o objetivo de melhorar o atendimento e o tempo de resposta. A capacitação dos profissionais como classificadores do Sistema de Triagem de Manchester foi conduzida de forma presencial com duração de 12 horas, em uma turma com 25 participantes.

Ao final do curso de classificador, os participantes foram submetidos a uma avaliação. O profissional que alcançou um aproveitamento mínimo de 70% foi considerado aprovado e recebeu a certificação de

classificador do Sistema de Triagem de Manchester de Classificação de Risco. Aqueles que não obtiveram uma nota satisfatória tiveram a oportunidade de repetir o curso, com um intervalo mínimo de 15 dias entre os cursos, até obterem a certificação.

Com relação à infraestrutura do local foi percebido que o número de pacientes atendidos nesse serviço que aguardavam a classificação frequentemente ultrapassava os 10 pacientes especificados no Sistema de Triagem de Manchester (STM), e não havia outra sala de classificação disponível. Em algumas ocasiões, os enfermeiros não verificavam a glicemia dos pacientes, mesmo que estivesse indicada nos fluxogramas. No entanto, para prosseguir com a classificação, era registrado o valor de 0 mg/dl. Além disso, as pulseiras de identificação nem sempre eram colocadas nos pacientes. Observou-se também o uso de aparelhos de pressão digital de uso pessoal dos enfermeiros nos pacientes durante a classificação.

Conforme descrito na literatura e no protocolo, é recomendado que haja pelo menos uma sala designada para a classificação de risco. Dependendo do volume de pacientes a serem atendidos, pode ser necessário disponibilizar uma segunda sala, especialmente quando houver mais de 10 pacientes aguardando para serem classificados. A sala de classificação de risco deve estar localizada próxima à porta de entrada do serviço, permitindo que o profissional classificador tenha uma visão dos pacientes que aguardam, mantendo a privacidade do paciente. Assim, a sala de classificação deve ser equipada com os seguintes materiais: Manual de classificação de risco; Termômetro timpânico; Glicosímetro; Monitor (saturação de oxigênio e frequência cardíaca); Relógio; Esfigmomanômetro e estetoscópio; Materiais para identificação da prioridade clínica e; Ficha de registro da classificação de risco (BRASIL, 2009).

É essencial que a instituição estabeleça fluxos de encaminhamento dos pacientes com base na classificação de risco. Recomenda-se que os fluxos e áreas de atendimento médico para pacientes com menor gravidade sejam separados dos fluxos e áreas para pacientes com maior gravidade. Dependendo do perfil de atendimento e da estrutura da instituição, pode ser benéfico disponibilizar médicos específicos para o primeiro atendimento em cada uma das áreas descritas no manual. O fluxo interno, a partir da classificação de risco, deve ser desenvolvido pela equipe médica e de enfermagem, validado pela direção, amplamente divulgado e sinalizado tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes (VILANOVA, 2018).

Após a classificação nesse serviço, a maioria dos pacientes era encaminhada para a recepção, onde a ficha de atendimento era aberta e os trâmites administrativos eram realizados. Em seguida, os pacientes aguardavam atendimento na sala de espera, que não era segregada de acordo com a classificação, resultando em todos os pacientes acomodados em um único ambiente. É importante destacar que os casos classificados como vermelho eram direcionados diretamente para a sala de emergência, assim como alguns casos classificados como laranja e/ou amarelo eram acomodados em leitos ou poltronas, quando disponíveis, devido ao alto fluxo de pacientes. O tempo de atendimento médico excedia o tempo recomendado pelo GBCR. Outro aspecto relevante é que a população local não havia sido adequadamente informada sobre a implementação do protocolo e seu funcionamento, o que gerava atritos e dificuldades de compreensão por parte de alguns pacientes.

O processo de implementação do protocolo nesse hospital exigiu diversas modificações físicas, estruturais e culturais para uma possível adaptação, pois foram encontradas várias dificuldades, tanto de resistência por parte da equipe de saúde quanto em relação à demanda e às expectativas da população.

Ao iniciar as atividades no pronto socorro, foi implementado um sistema informatizado que fornecia todos os fluxogramas e seus indicadores relevantes, o que facilitava a classificação de risco e o tempo de resposta. Era necessário apenas selecionar a queixa apresentada pelo paciente, inserir alguns sinais vitais e indicar o sintoma principal, utilizando o sistema. Isso permitia uma avaliação mais precisa e eficiente da prioridade clínica do paciente, agilizando o processo de atendimento.

A sala de triagem era composta por uma mesa, uma cadeira para o enfermeiro, uma cadeira para o paciente e outra para o acompanhante, um computador, uma impressora, uma cadeira de rodas, uma maca, um sistema de oxigênio e ar comprimido sem fluxômetros, uma balança, uma pia com torneira, armário na parede para acomodação das fichas dos pacientes, um oxímetro para verificação de saturação

de oxigênio e frequência cardíaca, um glicosímetro, um termômetro timpânico, um esfigmomanômetro com estetoscópio e materiais auxiliares, como algodão e lixeiras.

No entanto, a cadeira de rodas disponível na sala não estava sempre disponível, pois era utilizada por funcionários para outros fins, o que dificultava o transporte dos pacientes que chegavam de veículo. O enfermeiro classificador era responsável por retirar os pacientes do veículo e levá-los para a triagem ou para leitos e poltronas, quando necessário. Isso também ocorria com gestantes em trabalho de parto ou com queixas obstétricas, que eram encaminhadas para o setor da maternidade pelo enfermeiro classificador, deixando a triagem desassistida durante esse período. Além disso, a presença de uma maca dentro da sala de triagem dificultava a circulação do enfermeiro e dos pacientes, devido à inadequação da estrutura física.

Conforme a literatura, é reconhecida a necessidade de estabelecer múltiplas unidades de urgência hospitalar, visando proporcionar um atendimento mais ágil e fornecer diagnósticos esclarecedores, mesmo que a infraestrutura, equipamentos e materiais necessários para uma assistência adequada não estejam plenamente disponíveis (BRASIL, 2014).

A sala de espera designada para a classificação de risco não era adequada para acomodar o número de pacientes devido à alta demanda, além de não oferecer acessibilidade para cadeirantes devido a um degrau na entrada. Após a classificação de risco, os pacientes eram encaminhados para a recepção, onde seus cadastros eram abertos. Nesse local, a maioria dos pacientes aguardava em pé, devido à falta de cadeiras e espaço insuficiente. Em seguida, os pacientes eram direcionados para a sala de espera para o atendimento, onde não havia separação por cores ou prioridades, resultando em todos os pacientes acomodados no mesmo ambiente, com exceção dos casos de maior gravidade.

Seguindo as diretrizes do sistema de classificação de risco, é importante que o espaço seja caracterizado por cores para facilitar a compreensão das áreas e seus usos. A sinalização clara e identificação dos espaços, seja por meio de faixas, piso ou paredes, contribui para a orientação dos usuários e deve começar já no entorno da unidade de saúde (BRASIL, 2009).

A sala de emergência tinha capacidade para um número muito menor de pacientes do que a demanda, o que impossibilitava o adequado atendimento médico e de enfermagem. Além disso, as salas de medicação, laboratórios e internamento eram insuficientes devido à alta demanda, resultando em pacientes internados em cadeiras aguardando leitos, resultados de exames ou vagas em setores apropriados.

O objetivo da classificação de risco é fornecer uma base essencial para melhorar a qualidade da assistência e o fluxo de pacientes nas unidades de urgência e emergência, além de garantir a organização e clareza das áreas físicas nessas unidades, que devem ser divididas em eixos e áreas. Assim, quando um paciente chega à área de emergência, é acolhido por um enfermeiro que realiza uma escuta qualificada para classificá-lo com cores, de acordo com os critérios de risco (BRASIL, 2009). No entanto, no momento descrito, a demanda do hospital estava além das tentativas de otimizar os atendimentos de urgência e emergência por meio do Sistema de Triagem de Manchester.

Com relação à aceitação por parte dos enfermeiros foi satisfatória, embora muitos deles não tenham concluído o curso do STM. No entanto, eles realizavam os protocolos após receberem o treinamento adequado de seus colegas. Essa condição otimizou especialmente a organização e o suporte ao atendimento, graças aos enfermeiros responsáveis pela classificação de risco.

Além disso, a equipe de técnicos de enfermagem apresentou resistência em relação à não medição da pressão arterial, argumentando que esse sinal vital deveria ser verificado durante a classificação de risco. Isso levou à inclusão da medição da pressão arterial nesse serviço, embora não estivesse presente na maioria dos fluxogramas.

A implementação do STM visava agilizar o atendimento, mas nem sempre era possível devido à demanda. A dificuldade de aceitação da classificação por parte da equipe médica, dos pacientes e dos técnicos de enfermagem causava tumulto no setor. O STM é um instrumento que garante critérios consistentes ao longo do tempo, favorecendo a classificação com base em critérios científicos e permitindo

que a decisão seja tomada por um profissional capacitado. Além de estar em conformidade com as boas práticas em urgência e emergência, o STM garante o controle médico do sistema e maior segurança para o paciente, especialmente para aqueles em estado de maior gravidade clínica (BRASIL, 2014).

Para o enfermeiro classificador, o protocolo é de grande importância, pois cria um respaldo baseado no grau de urgência e na sintomatologia, em vez da percepção individual, que tende a variar de profissional para profissional.

Conclusão

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) foi implementado com o objetivo de otimizar as triagens de atendimento de urgência e emergência, visando garantir equidade no atendimento aos pacientes. No entanto, para que esse sistema seja efetivo, é fundamental que seja utilizado e aplicado corretamente por profissionais qualificados, treinados e comprometidos, além de haver integração adequada com os demais profissionais de saúde. A estrutura física do hospital também precisa ser compatível com a demanda, atendendo às exigências físicas determinadas pelo STM.

Nesse relato de experiência, fica evidente que as dificuldades encontradas no início desse processo tiveram um impacto menor do que o esperado na otimização do atendimento aos pacientes, especialmente aqueles em situações de urgência e emergência. As reformas implementadas gradualmente estão contribuindo para fortalecer o padrão de classificação, transformando o hospital em um ambiente com maior capacidade de gerenciamento em relação aos serviços de urgência e emergência propostos. Esse processo de melhoria só foi possível graças à introdução de critérios objetivos para a análise da demanda, nos quais o STM desempenhou um papel crucial.

Referências

AZEREDO T.R.M.; GUEDES H.M.; ALMEIDA R.A.R.; et al. **Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review**. *Int. Emerg. Nurs.* 2015; 23(2):47-52.

BELTRAMMI D.G.M.; **Efetividade das intervenções para redução da superlotação nos serviços de emergência hospitalar [dissertação]**. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2015. 83 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014**. Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”. Gabinete do Ministro, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prto354_10_03_2014.html. Acesso em: 28 abril. 2023.

DUARTE, M. de L. C.; GLANZNER, C. H.; PEREIRA, L. P.; O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 39, p. 1-17, 3 set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0255>.

FONSECA, D.; F.; **Estudo das intervenções implementadas no serviço de emergência de um Hospital Universitário Federal**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva: Política e Gestão em Saúde, na área de concentração de Política, Gestão e Planejamento. Campinas, SP, s.n, 2019.

GROLLMUS, N.; S.; TARRÈS, J.; P. Relatos metodológicos: difractando experiências narrativas de investigación. **Fórum Qualitative Social Research**, v. 16, n. 2, mayo 2015. Disponível em:< file:///C:/Users/Particular/Downloads/2207-9561-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 28 abril. 2023.

JONES, K.M.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Grupo Brasileiro de Clasificação de Risco. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2018. 207 p. Versão Brasileira: Welfane Cordeiro Junior e Maria do Carmo Paixão Rausch.

SACOMAN, T.; M.; BELTRAMMI, D.; G.; M.; A., Rosemarie; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 121, p. 354-367, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912105>.

VILANOVA, Vanessa Cordeiro. **Sensibilidade e especificidade de um sistema de classificação de risco para infarto agudo do miocárdio em pacientes com dor torácica**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, University of São Paulo, São Paulo, 2018. doi:10.11606/D.7.2019.tde-08052019-164247.

Recebido em 24 de julho de 2023

Aceito em 09 de agosto de 2023