

## DISCURSO DE ENFERMEIROS SOBRE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

### NURSES' SPEECH ON APPLICATION OF THE MANCHESTER PROTOCOL IN HOSPITAL URGENCY AND EMERGENCY

### DISCURSO DE ENFERMERAS SOBRE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANCHESTER EN URGENCIA Y EMERGENCIA HOSPITALARIA

Flávia Maria Matias de Oliveira<sup>1</sup>, Izabel Cristina Santiago Lemos de Beltrão<sup>2</sup>, Kenya Waleria de Siqueira Coelho Lisboa<sup>3</sup>, Naftale Alves dos Santos Gadelha<sup>4</sup>, Woneska Rodrigues Pinheiro<sup>5</sup>, Thays Lopes Lucas<sup>6</sup>

**Como citar esse artigo:** Discurso de enfermeiros sobre aplicação do protocolo de Manchester na urgência e emergência hospitalar. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2024 [acesso em: \_\_\_\_]; 13(3): e202437. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v13i3.7972>

#### RESUMO

**Objetivo:** Analisar os discursos dos enfermeiros de um serviço de urgência e emergência hospitalar, referente à utilização do Protocolo de Manchester. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem mista e natureza descritiva, realizada com enfermeiros atuantes na classificação de risco. A coleta de dados ocorreu através de um formulário socioeconômico e roteiro de entrevista semiestruturada, utilizando-se o Discurso do Sujeito Coletivo para organização e análise dos dados. **Resultados:** Identificou-se 14 ideias centrais nas expressões dos 8 enfermeiros entrevistados. São potencialidades do Sistema de Triagem de Manchester: a otimização do tempo na classificação de risco e a organização do fluxo de acordo com a prioridade clínica, impactando na espera do usuário que, geralmente, acolhe bem o protocolo. **Conclusão:** Percebeu-se o atendimento de usuários com queixas variadas ou não correspondentes ao perfil da instituição; falha na rede de atenção à saúde e administração de múltiplos protocolos de classificação.

**Descritores:** Medição de risco; Triagem; Enfermagem em Emergência.

<sup>1</sup> Bacharel. Enfermeira pela URCA-Cariri. Crato-CE. <https://orcid.org/0009-0005-4953-1093>

<sup>2</sup> Doutora em Etnobiologia e Conservação da Natureza pela UFRPE. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da URCA Cariri e Coordenadora do Núcleo de Enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC/URCA). Crato-CE. <https://orcid.org/0000-0002-3236-5616>

<sup>3</sup> Doutora em enfermagem em promoção da saúde pela Universidade Federal do Ceará- UFC. Professora adjunta do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri- URCA. Crato-CE. <https://orcid.org/0000-0001-6589-5464>

<sup>4</sup> Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Enfermeira emergencista do Hospital Regional do Cariri (HRC). Professora do Núcleo Avançado de Desenvolvimento (NAD). Crato-CE. <https://orcid.org/0000-0001-6257-9431>

<sup>5</sup> Doutora em Ciências da Saúde pelo programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina do ABC. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri- URCA. Crato-CE. <https://orcid.org/0000-0003-3353-9240>

<sup>6</sup> Graduada de enfermagem na Universidade Regional do Cariri- URCA.

Endereço: Rua Cel. Antonio Luiz, 1161 – Pimenta – CEP: 63105-000 – Crato – CE. E-mail: [thays.lopes@urca.br](mailto:thays.lopes@urca.br). Crato-CE. <https://orcid.org/0000-0003-0746-9269>

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the speeches of nurses from a hospital urgency and emergency service, regarding the use of the Manchester Protocol. **Method:** This is a field research, with a mixed approach and descriptive nature, carried out with nurses working in risk classification. Data collection occurred through a socioeconomic form and a semi-structured interview script, using the Collective Subject Discourse to organize and analyze the data. **Results:** 14 central ideas were identified in the expressions of the 8 nurses interviewed. The potential of the Manchester Triage System is: optimizing time for risk classification and organizing the flow according to clinical priority, impacting user waiting times, who generally welcome the protocol. **Conclusion:** It was noticed the assistance of users with varied complaints or those that did not correspond to the profile of the institution; failure in the health care network and administration of multiple classification protocols.

**Descriptors:** Risk Assessment; Triage; Emergency Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los discursos de enfermeros de un servicio de urgencia y emergencia hospitalaria, sobre el uso del Protocolo de Manchester. **Método:** Se trata de una investigación de campo, con enfoque mixto y de carácter descriptivo, realizada con enfermeros que actúan en clasificación de riesgo. La recolección de datos ocurrió a través de un formulario socioeconómico y un guión de entrevista semiestructurado, utilizando el Discurso del Sujeto Colectivo para organizar y analizar los datos. **Resultados:** Se identificaron 14 ideas centrales en las expresiones de los 8 enfermeros entrevistados. El potencial del Manchester Triage System es: optimizar el tiempo de clasificación de riesgos y organizar el flujo según la prioridad clínica, impactando los tiempos de espera de los usuarios, quienes generalmente agradecen el protocolo. **Conclusión:** Se notó la atención de usuarios con quejas variadas o que no correspondían al perfil de la institución; falla en la red de atención de salud y administración de múltiples protocolos de clasificación.

**Descriptor:** Medición de Riesgo; Triage; Enfermería de Urgencia

## INTRODUÇÃO

No ano de 2011, foi instituída a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), através da reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003. A implementação da RUE se fez importante, uma vez que corrobora a articulação e integração dos equipamentos de saúde, objetivando a qualificação e ampliação do acesso humanizado e integral aos serviços de urgência e emergência.<sup>1</sup>

No entanto, muitas vezes os serviços de urgência são utilizados como porta de

entrada para a resolução de diferentes queixas de saúde, o que inclui situações menos complexas e ambulatoriais. Como consequência, há uma superlotação desses serviços, constituindo um problema em escala mundial. Isso resulta em maior permanência dos usuários no serviço, e interfere no tempo para tomada de decisão da equipe médica. Diante disso, desfechos indesejáveis podem acontecer, como custos adicionais e até aumento da mortalidade, devido ao não-atendimento em tempo oportuno.<sup>2</sup>

Desse modo, o Ministério de Saúde (MS) tem traçado estratégias para reorganizar os serviços de urgência e emergência e o processo de trabalho, a fim de prestar um atendimento pautado nos diferentes graus de especificidade. Dessa forma, no ano de 2004, por meio da Política Nacional de Humanização, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) foi apontado como forma de mudança no processo de trabalho, na gestão e na produção de saúde nas unidades de urgência e emergência. A Classificação de Risco (CR) caracteriza-se como um processo dinâmico para identificação dos pacientes que necessitam de atenção imediata, de acordo com o potencial de risco de morte, além de agravos de saúde e grau de sofrimento.<sup>3,4</sup>

O Sistema de Triagem de Manchester (MTS) foi desenvolvido por enfermeiros e médicos na cidade de Manchester, no Reino Unido, com objetivo de priorizar o atendimento em unidades de emergência, considerando critérios clínicos.<sup>5</sup> Baseia-se na identificação da queixa principal do paciente, com base nos sinais e sintomas, e, por meio de fluxogramas e discriminadores, estabelece prioridade clínica para atendimento e tempo máximo para primeiro atendimento médico.<sup>6</sup>

Diante disso, através do MTS os pacientes são classificados nos níveis de prioridade clínica, I, II, III, IV e V, que variam do “emergente” ao “não urgente”, e

correspondem respectivamente às cores vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, as quais equivalem ao tempo de atendimento zero minuto, 10 minutos, 60 minutos, 120 minutos e 240 minutos.<sup>6,7</sup>

O enfermeiro frente ao MTS possui algumas responsabilidades, sendo elas: diminuir o tempo de espera do paciente, agindo de forma rápida em casos mais graves, otimizar recursos, avaliar as principais queixas do usuário e classificar o atendimento de acordo com as condições clínicas do paciente. Assim, entende-se que o conhecimento teórico se faz essencial para a CR, pois o atendimento em urgência hospitalar exige do profissional enfermeiro a sapiência das diversas situações de saúde, bem como a análise crítica para tomada de decisão pontual.<sup>8</sup>

Reforça-se que o enfermeiro atuante na CR deve possuir habilidades indispensáveis em sua assistência, como escuta qualificada, raciocínio clínico, avaliação correta da queixa relatada pelo paciente e conhecimento da rede assistencial, para encaminhamentos corretos quando necessários.<sup>9</sup>

Uma vez que o enfermeiro é o principal responsável pela CR, é importante analisar a concepção dele na aplicação do protocolo mais usado para triagem no Brasil, o MTS, pois através da identificação de como ocorre a aplicação do protocolo e as principais dificuldades enfrentadas pelos

enfermeiros, é possível fomentar estudos a fim de criar estratégias para enfrentar esses desafios.

Assim, tem-se como objetivo analisar os discursos dos enfermeiros atuantes em um serviço de urgência e emergência hospitalar, referente à utilização do Protocolo de Manchester.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem mista de natureza descritiva. O estudo foi realizado em um hospital público de referência para a população da Macrorregião do Cariri. A instituição é pioneira da rede estadual no interior do Ceará, e localiza-se no município de Juazeiro do Norte. Conta com 294 leitos: 174 na enfermaria, 49 na emergência, 28 no hospital-dia, 20 na Unidade de Terapia Intensiva adulto e 15 na unidade de cuidados semi-intensivos. Dentre os serviços ofertados, encontram-se: Ambulatório, Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Traumatologia-Ortopedia, Unidade de Terapia Intensiva, Acidente Vascular Cerebral – Agudo, Unidade de Cuidados Especiais – Adulto e Emergência.<sup>10</sup>

Além disso, possui serviços de apoio à assistência, que consistem em: Agência Transfusional, Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), Central de Material, Núcleo de Assistência Farmacêutica, Engenharia

Clínica, Núcleo de Nutrição e Dietética, Fisioterapia, Recursos Humanos, Fonoaudiologia, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Laboratório de Análises Clínicas, Serviço de Imagem, Engenharia de Manutenção e Serviço Social. Dentre os serviços de apoio à gestão, têm-se: Centro de Estudos Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI), Núcleo de Gestão e Segurança do Paciente (NUGESP), Ouvidoria e Serviço Especializado em Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMT).<sup>10</sup>

O hospital conta com dez enfermeiros atuando como classificadores de risco, dos quais foram entrevistados oito no período de 19 de janeiro 2023 a 20 janeiro de 2023. Nesse sentido, considerando os objetivos do estudo, foi utilizada a amostra não-probabilística intencional, a qual foi constituída por profissionais de Enfermagem de nível superior atuantes na Classificação de Risco. Assim, foi usado como critérios de inclusão: enfermeiros do quadro permanente do hospital, que trabalham com aplicação do protocolo de Manchester, independente do tempo de atuação no setor. Constituiu-se como critérios de exclusão: profissionais que não estivessem presentes no serviço durante a coleta, por motivo de doença, férias ou licença maternidade e profissionais que se recusassem a participar.

A coleta de dados se deu por meio de um formulário socioeconômico e roteiro de

entrevista semiestruturada. Para realização da entrevista, foram utilizados os seguintes dispositivos para a coleta de dados: gravador de voz do celular, para transcrição fidedigna das falas dos participantes, e diário de campo com intuito de coletar impressões durante a coleta e outras informações relevantes para a análise dos dados.

Para análise dos dados, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DCS). Na pesquisa com os DSC, o pensamento é coletado através de entrevistas individuais, por meio de perguntas abertas com ampla margem para expressão do participante, visando resgatar a essência de opiniões plurais, que irão constituir os discursos coletivos, ou DSC.<sup>11</sup>

Esse processo metodológico envolve os seguintes operadores: Ideia Central (IC), Acoragens (AC), Expressões Chave (EC) e DSC. As EC são transcrições literais das expressões dos participantes que revelam a essência do pensamento anunciado, sintetizando uma Ideia Central. As ancoragens, por sua vez, são declarações genéricas para enfatizar uma opinião.

A apresentação dos dados se deu mediante o uso de tabelas mistas, indicando a IC e a frequência de cada IC identificada nos discursos dos participantes (e/ou AC), além da apresentação dos DSC, possibilitando uma análise global das expressões verbais dos participantes.<sup>12</sup>

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição proponente com parecer 5.819.226 e CAAE: 65815022.8.0000.5055 e parecer 5.841.592 da instituição coparticipante, com CAAE: 65815022.8.3001.5684. Pelo fato da pesquisa envolver seres humanos, os participantes também puderam expressar seus interesses por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

O perfil socioeconômico dos oito enfermeiros entrevistados manifestou unanimidade do sexo feminino (100%), no qual 87,5% se declaram quanto cor/etnia parda e 12,5% branca. A idade variou entre 29 a 49 anos, sendo a faixa etária de 29 a 39 anos predominante (75%) e quanto ao estado civil, a maioria eram casadas (87,5%). Quanto ao perfil profissional, o grau de instrução predominante foi a especialização (37,5%).

No que diz respeito ao tempo de atuação na classificação de risco, foi possível colher discursos de profissionais com maior tempo no setor, alguns com mais de 10 anos (37,5%) e outros entre 1 e 5 anos (25%), bem como aqueles com menor tempo, até 1 ano (35,7%). Os dados referidos e outros podem ser contemplados na tabela 1.

**TABELA 1** – Perfil da amostra do estudo (n=8). Crato, Ceará, Brasil, 2023

Variável	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	8	100
<b>Cor/etnia</b>		
Branco (a)	7	87.5
Pardo (a)	1	12.5
<b>Faixa etária</b>		
De 29 a 39 anos	6	75
De 40 a 49 anos	2	25
<b>Estado civil</b>		
Solteiro (a)	7	87.5
Casado (a)	1	12.5
<b>Grau de instrução</b>		
Pós-graduação	2	25
Especialização	3	37.5
Mestrado	2	25
Graduação	1	12.5
<b>Tempo de atuação na classificação de risco</b>		
Até 1 ano	3	37.5
Entre 1 e 5 anos	2	25
Mais de 10 anos	3	37.5

Fonte: Pesquisa direta, 2023.

As profissionais ao serem trabalhadas nos Serviços de Urgência e Emergência, revelaram três Ideias Centrais que têm potencial para impactar na reorganização dos fluxos e dos processos de

**QUADRO 2** – Relação entre ideia central (IC) da questão 1, proporção das respostas de acordo com os participantes da pesquisa e DSC para a questão 1

*Questão 1: Na sua opinião, quais são as características do Sistema de Triagem de Manchester (STM) que têm o potencial para impactar na reorganização dos fluxos e dos processos de trabalho nos Serviços de Urgência e Emergência?*

Ideia Central (IC)		Enfermeiros classificadores do STM do serviço	
		N	%
A	A classificação por cores, organizando o tempo de espera no serviço	3	37,5
B	Os discriminadores e os fluxogramas, organizando o fluxo interno do serviço segundo a prioridade clínica	8	100
C	O foco na queixa principal, garantindo maior celeridade no atendimento	2	25,0

**Total dos Informantes = 8\***

#### **DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

**DSC A:** Na verdade, o Protocolo de Manchester a gente usa *pra* diferenciar o risco de cada

paciente. Se ele é um paciente que tem um risco elevado, iminente de morte e ele vai *pra* classificação, vai ser classificado como vermelho; se ele é um paciente laranja, o atendimento dele também é priorizado; se ele é amarelo, aí ele vai esperar um pouco ou se ele é um paciente que não tem a característica de ser atendido nosso serviço, aí a gente vai orientar a procurar a unidade básica de saúde ou uma UPA. Então o Protocolo de Manchester, em si, é muito importante, principalmente *pra* o serviço de alta complexidade. Aqui na instituição a gente só atende os pacientes vermelho, laranja e amarelo, e aí os pacientes com menor grau de complexidade, como verde, azul e branco, são direcionados *pra* rede, ou podem até ser atendidos, mas aí precisa da avaliação do chefe de equipe. A gente consegue organizar e não deixar um paciente que *tá* mais grave esperando muito tempo, assim, obedecendo realmente os tempos, não deixa fila de espera na emergência

**DSC B:** Assim, através do Manchester, a gente consegue ver a questão da gravidade, *né?* Dos pacientes, quem tem a prioridade. Quando chegam vários pacientes ao mesmo tempo, a gente consegue avaliar qual realmente precisa de um atendimento mais imediato e qual é aquele que pode aguardar. A maioria das pessoas chega com queixas de “dor” e dor é um sintoma inespecífico, a sua dor não é igual a minha, mas os outros discriminadores, os outros sintomas, é que vão fazer eu tentar organizar o fluxo de pacientes. O Manchester é composto por 50 fluxogramas e dentro deles tem os discriminadores, de acordo com a queixa do paciente a gente consegue [...] alocar ele dentro desse fluxograma, desse discriminador, e a partir daí é direcionado o tempo de atendimento. É um sistema bem claro, bem objetivo, porque a cada discriminador que a gente vai descartando ou colocando – a gente não consegue negar um discriminador –, a gente para naquele discriminador e consegue ter uma ideia mais real da necessidade daquele paciente e a classificação fica mais efetiva, fica melhor da gente direcionar a necessidade do paciente a partir de uma coisa real, de uma coisa organizada, que a gente sabe que é usada no mundo inteiro. Ele (o MTS), digamos assim, permite uma direção, um filtro, uma triagem de perfil de pacientes, dá uma direção *pra* o atendimento e *pra* organização como um todo. Chegam muitos pacientes é (*pausa*) de ambulatório, de atenção primária e secundária. Então, de certo modo, organiza o serviço, garante um atendimento adequado às necessidades do paciente e diminui a superlotação, quando os pacientes que não são nosso perfil são direcionados *pra* rede.

**DSC C:** A principal característica que eu acho é que ele é bem direcionado à queixa principal do paciente, e aí a gente consegue fazer uma triagem real, a partir dessa queixa. É um sistema seguro, que sempre consegue predizer aquela queixa *pra* um nível de atendimento, é mais rápido. A gente sempre diz que ele superestima a queixa do paciente, por isso tem que ser bem aplicado. Por ser um sistema de classificação, ele tem essa característica, *né?* De superestimar, às vezes, as queixas, mas é *pra* proteção do paciente, realmente.

Fonte: Pesquisa direta, 2023.

\* Um discurso pode apresentar mais de uma IC

Uma parcela de 37% das enfermeiras, concordam na ideia Central A que a classificação por meio das cores, onde se é definido o tempo máximo para atendimento médico, faz com que o serviço se torne mais organizado, de forma que o paciente mais grave não aguarde um tempo superior para

atendimento. Vale destacar que a instituição em questão, por se tratar de um serviço terciário de alta complexidade, atende apenas os pacientes classificados como vermelho, laranja e amarelo, salvo algumas exceções, conforme expresso nos discursos.

A Ideia Central B reuniu a opinião de todas as participantes (100%) de que pelo fato de o Protocolo de Manchester possuir discriminadores e fluxogramas, faz com que o fluxo do serviço seja organizado segundo a prioridade clínica do paciente, sobretudo quando há diversos pacientes na unidade e é necessário direcionar um atendimento mais ágil ao usuário com queixa mais grave, algo que seria mais complexo caso fossem fluxos de diagnósticos pré-definidos, por exemplo.

Na Ideia Central C, 25% das participantes relatam que o foco na queixa principal do paciente garante maior agilidade no atendimento, pois o sistema consegue direcionar a queixa para um nível de atendimento, favorecendo a rapidez no processo.

Para a segunda pergunta, que se referia sobre os aspectos desafiadores do STM na vivência e/ou dinâmica do serviço, as ideias centrais estão representadas no quadro 3.

**QUADRO 3** – Relação entre ideia central (IC) da questão 2, proporção das respostas de acordo com os participantes da pesquisa e DSC para a questão 2

*Questão 2: Quais aspectos do STM você considera como particularmente desafiadores na vivência e/ou na dinâmica do seu serviço? (Gostaria de relatar alguma situação vivenciada?)?*

Ideia Central (IC)		Enfermeiros classificadores do STM do serviço	
		N	%
A	Atendimento ao paciente com queixa que não corresponde ao perfil do serviço	6	75,0
B	Atendimento ao paciente psiquiátrico	1	12,5
C	Atendimento ao paciente com queixas inespecíficas, múltiplas ou não compatíveis com a clínica	3	37,5
D	Atendimento ao paciente com o uso de protocolos/fluxogramas múltiplos	1	12,5

**Total dos Informantes = 8\***

#### DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

**DSC A:** Desafiador, na verdade, é quando o paciente chega com uma queixa, mas na verdade ele não é perfil para o nosso serviço. A gente não tem algumas especialidades, nós não somos referência *pra* gestante, nem *pra* criança, não somos referência *pra* atendimento cardíaco, e a gente recebe, às vezes, esses pacientes, muitas vezes, você precisa orientar, né? Que o paciente não vai ser atendido aqui, porque não é referência. Nem tanto os cardíacos, os cardíacos, a maioria, se for urgência eles entram e tudo, mas já a gestante, a criança [...] acabam sendo pontos de conflito. É desafiador [...] Tipo (*pausa*) orientar o paciente que ele tem que procurar [*outro*] serviço, e ele já está aflito pela situação e quer ser atendido. *Pra* ele (*pausa*) a dor dele, o problema dele, mesmo que seja um problema que ele *tá* há seis meses, ele entende que aquilo é uma emergência. Mas ele insiste porque, assim, aqui eles veem como um local que tem tudo *pra* se fazer, *pra* conseguir com mais facilidade e de graça alguns exames, são os pacientes classificados de azul, verde, branco. O paciente verde e azul, não é uma questão do sistema, é uma pactuação, desde que o hospital passou a não atender mais o paciente azul e verde aqui, ele faz uma



contrarreferência, *né?* Ele orienta o paciente a procurar – por ser fora do nível de risco – a rede pública municipal. Então, é um desafio *pra* gente, porque alguns aceitam, entendem, e já outros pacientes batem de frente, vem questionar, até são agressivos na forma de falar, e a gente tem que sempre tentar manter o equilíbrio *pra* (*pausa*) não se defrontar, e quando chega nesse ponto, a gente chama o chefe de equipe da emergência pra escutar e orientar também e reforçar tudo que foi dito, alguns saem reclamando, chiando, xingando. Já tem outros que, a maioria, entende. Isso demanda muito do enfermeiro. Também, fica aquele medo porque, *pra* mim, como eu não posso dar diagnóstico, eu não posso dizer ao paciente que o que ele tem não é grave, pelo que ele relata todo tempo, os sinais não *tão* mostrando, mas ele tá dizendo que tem, aí [...] dizer a ele que vá *pra* UPA, e se ali na porta ele realmente sentir alguma coisa mais grave? Então, existe essa orientação, é complicado dessa forma, porque, às vezes, você classifica como verde, mas precisava ter um atendimento médico. O paciente verde não significa que ele não precisa de atendimento médico, só não é o perfil do hospital. Você classifica a partir da queixa principal do paciente, [*mas*] isso não significa que daqui a duas horas o paciente não vá piorar, e se em duas horas esse paciente não chega na UPA? No traslado até um outro atendimento, ele passa mal, a responsabilidade é de quem? Isso fica nas costas do enfermeiro classificador. Parece que depois da COVID, ou é coincidência, – ou não –, mas está aumentando muito o fluxo de algumas patologias, por exemplo, AVC em pessoas mais jovens, infarto em pessoas mais jovens, e antes a gente tinha o fator de idade pra poder voltar com mais segurança

**DSC B:** O que eu acho desafiador aqui é quando chega um paciente que a gente considera psiquiátrico. Eu não (*pausa*) eu nunca trabalhei em serviço de psiquiatria exclusivo. Devido a essa rotina que a maioria das pessoas vivem, existem uns fatores que estão desencadeando com mais frequência problemas psicológicos, *né?* Pessoas com ansiedade, com mil e um problemas, somatizando (*pausa*) você *tá* vendo que aquilo tem mais um fator psicológico do que um fator de doença física [...] quando eu entrei aqui (*pausa*) era mais fácil você classificar porque existiam as patologias psicológicas, existiam e vão continuar existindo, mas os pacientes vinham mais quando realmente tinham um problema físico, hoje eles vêm por qualquer detalhe e depois do COVID, aí é que vem mais.

**DSC C:** Então, eu acho que um dos maiores desafios é realmente compreender a real queixa. Às vezes as pessoas vêm com queixas muito inespecíficas, ou então, assim, com múltiplas queixas. É um pouco até difícil de você chegar à [...] queixa, a gente pode até superestimar a queixa do paciente e aí altera realmente a classificação! Chega, muitas vezes aqui, pacientes que relatam uma queixa de dor – que é um discriminador inespecífico – só que você faz os sinais vitais e o paciente *tá* estável, faz o exame físico detalhado e você não encontra nenhuma patologia, mas ele insiste, persiste, em relatar alguns problemas que você *tá* vendo, *né?* Ele pode muito bem, na nossa frente, [falar] que tem uma dor elevada e aí a gente pontua de uma maneira que ele vai ser atendido mais precocemente e o paciente depois *tá* no corredor de boa, andando, falando, fazendo tudo normal como se não tivesse sentindo nada. Já peguei pacientes que chegaram aqui relatando que *tavam* com uma dormência no braço, mas durante a entrevista, ele movimentava o braço, o braço que estava dormente (*pausa*) conversando e movimentando, depois falou que a voz estava enrolando, mas ele não tinha nenhum tipo de afasia, disfasia, não tinha nada disso, a dicção perfeita. É desafiador você tentar (*pausa*) mostrar ao paciente que tudo que ele *tá* dizendo não *tá* condizendo com a clínica.

**DSC D:** Além da gente usar o Manchester aqui, na classificação, a gente também abre muitos protocolos. Então, assim, a gente sabe que pelo Manchester, a gente tem que classificar o paciente em três minutos, e a gente só vai ver os sinais vitais daquele paciente de acordo com o que pede, que você vai obedecendo, escolhe o fluxograma e você vai

definir qual o discriminador e pra isso têm discriminadores que você utiliza que não precisa ver nenhum sinal vital, entendeu? Ou você vai ver só uma glicemia ou vai vendo o Glasgow, vai vendo de acordo com o que o fluxograma vai pedindo. Mas como a gente tem outros fluxogramas, a gente acaba demorando mais tempo com o paciente em sala, porque a gente precisa ver todos os sinais para definir outros protocolos do hospital.

Fonte: Pesquisa direta, 2023.

\* Um discurso pode apresentar mais de uma IC

A Ideia Central A foi prevalente (sendo mencionada por 75% das entrevistadas) e pontua que um dos desafios na dinâmica do serviço está ligado ao fato de, em alguns casos, se fazer preciso orientar o paciente a buscar outro serviço da rede de atenção municipal, que seja de nível primário ou secundário, devido à instituição em questão não ser perfil para atendimentos pouco urgentes e não urgentes, além de não ser referência para algumas especialidades médicas e isso se dá em razão de pactuações governamentais.

Diante desse fato, alguns usuários compreendem que determinadas queixas não fazem parte do perfil que a instituição atende, em contrapartida, outros usuários recebem a orientação de forma negativa, por vezes expressando atitudes agressivas verbalmente, exigindo do enfermeiro resiliência para lidar com a situação.

Outro ponto relevante diz respeito ao receio da alteração do estado clínico em pacientes classificados com menor nível de prioridade e que precisam buscar atendimento em outro grau de atenção. Algumas enfermeiras salientam que o usuário pode apresentar agravamento da sua situação no processo de deslocamento para

atenção primária ou secundária e a responsabilidade acaba sendo atribuída ao profissional classificador.

A Ideia Central B retrata o desafio para o enfermeiro ao se deparar com pacientes de perfil psiquiátrico na classificação de risco, posto que ele não possui experiência profissional referente ao atendimento dessas especificidades. É exposto ainda que a demanda de atendimentos psiquiátricos vem crescendo nos últimos tempos, sobretudo após a pandemia causada pelo SARS-CoV-2 (COVID-19).

Na Ideia Central C, 37,5% apontam o desafio em compreender a queixa principal em pacientes que apresentam queixas inespecíficas ou múltiplas queixas, além da dificuldade em classificar os usuários quando a queixa relatada não condiz com a condição clínica que a pessoa apresenta naquele momento.

Na Ideia Central D, é abordado que o uso de múltiplos protocolos internos pode aumentar o tempo de espera do paciente, pois será necessário um tempo superior aos três minutos preconizados pelo MTS.

Os resultados do DSC para a terceira pergunta, que buscou compreender os

fatores que repercutem na efetividade do STM, estão dispostos no quadro 4.

**QUADRO 4** – Relação entre ideia central (IC) da questão 3, proporção das respostas de acordo com os participantes da pesquisa e DSC para a questão 3

*Questão 3: Na sua rotina assistencial, quais fatores você percebe que podem repercutir para uma aplicação não efetiva do STM? (Quais condutas você adota diante das situações relatadas?)*

Ideia Central (IC)		Enfermeiros classificadores do STM do serviço	
		N	%
A	Não percebo fatores que impactem na aplicação não efetiva do protocolo	3	37,5
B	A atitude dos usuários e de outros profissionais de saúde	4	50,0
C	A precariedade da rede de atenção à saúde	2	25,0
D	As limitações do protocolo	2	25,0
E	Os protocolos internos da instituição hospitalar	2	25,0

**Total dos Informantes = 8\***

#### DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

**DSC A:** Eu acho que (*pausa*), não tem, eu não consigo ver nada, pelo menos na minha vivência, que realmente impacte na não efetividade, não consigo ver nada que repercuta. O protocolo nos deixa muito confiante, muito segura. Dependendo da clínica do paciente você pode escolher mais de um fluxograma, mas você para no mesmo discriminador e na mesma prioridade, ele nos deixa bem seguros de realmente saber que você *tá* escolhendo a classificação correta, *tá* entendendo?

**DSC B:** No nosso dia a dia é a desinformação, o paciente vem acompanhado de muita gente, a história é muito confusa, as pessoas não sabem contar a história e uma coisa que é pra ser rápida, a gente perde tempo tentando entender a história. Você perde tempo nessa questão de: mas e o que foi? E a pessoa: “Não, é porque não sei o quê!”, aí mistura umas histórias – um remédio que tomou, uma comida que comeu – com o que *tá* sentindo. No final, você termina sem saber contar o que foi que aconteceu. Acho que é mais comum no AVC, o paciente do AVC a história é difícil extrair. Às vezes é uma convulsão, o paciente convulsionou em casa, *tá* fazendo um pós-ictal e isso pode confundir o classificador e ele abrir como déficit neurológico agudo e abrir um protocolo de AVC e não é, [também] quando a pessoa chega e diz: “não, eu tô só com dor de cabeça e uma dor de cabeça que não para”. Então, assim, você acaba tendo um protocolo com um sintoma que você tenta ver se o atendimento seria aqui, aí acaba não tendo um boa aplicabilidade, porque ele só chegou e disse: “não, eu tô com dor de cabeça”; “certo... mas me diga mais sobre essa dor de cabeça!”, e o paciente se sente (*pausa*), assim, que a gente *tá* achando que é mentira, ou que eu tô menosprezando, e ele não relata mais nada. Tem paciente que a gente explica que se ele for classificado com verde ou como azul, ele vai aguardar mais tempo, porque a gente não para de receber paciente classificado como amarelo ou como laranja ou vermelho, sempre vai ter um paciente que é uma prioridade maior, e aí são pacientes que devido a cultura, *né?* Eles vêm procurar primeiro o hospital, mas eles poderiam procurar a UPA ou procurar o PSF, entendeu? Às vezes, infelizmente, a gente vê [também] algumas pessoas que chegam querendo nos intimidar, pessoas que, assim, são do próprio hospital e vem com um parente, com uma coisa que não seria uma urgência, não teria indicação de

ficar ou de entrar, sabe? Atrapalha (*pausa*), não é nosso perfil e eu não posso burlar pra colocar um paciente que não é nosso perfil, *tá* entendendo? Aí a gente tem essa dificuldade, por ser um hospital terciário e que atende muitos pacientes mais graves.

**DSC C:** Assim, a gente vive num contexto bem complicado, que a rede, por exemplo, municipal, não é bem estruturada, a gente vê muitos pacientes vindo *pra* cá em busca de realizar um exame que ele já tem o pedido e tal, mas não teve condição, então, digamos que se a gente for se deixar levar um pouco pela emoção e tudo, a gente tende a querer que esse paciente chegue numa (*pausa*) classificação de risco maior do que realmente seria, bem absurdo! Assim, a gente atende quarenta e cinco municípios e é porta aberta *pra* demanda do AVC, a gente é referência em AVC e percebe que os médicos mandam como suspeita de AVC paciente que não é AVC. A gente fica com dificuldade de classificar esse paciente, porque – no papel –, é uma coisa, quando a gente vê o paciente é diferente. Esses encaminhamentos que não são fidedignos ao que o paciente está sentindo dificulta muito fazer o Manchester, porque eles vêm pela central de regulação de leitos. É diferente aplicar o Manchester a partir da demanda que eles mandam lá dos municípios. Eu vou dar um exemplo, de vários que eu já vi acontecendo: paciente diabético, cardiopata, que os médicos dos municípios [circunvizinhos] percebem que não conseguem dar de conta daquela demanda toda, aí só colocam assim: AVC, quando chega aqui *pra* gente conseguir classificar em três minutos, pegar a história todinha desse paciente, que não tem nada a ver com AVC, isso dificulta muito a aplicação do Manchester *pra* gente!

**DSC D:** Aqui a gente pega discriminador e sintoma, né? Você vai chegar *pra* mim e dizer: “ai, eu tô com dor de cabeça”, aí eu vou perguntar: “sofreu alguma pancada? Você caiu? Teve desmaio? Teve vômito? Tá com rigidez na nuca? Onde é a dor? A dor é só na nuca? A dor é na cabeça toda? Vem desde quando?”, por que o tempo também influencia, só que o paciente se enquadra como verde e, às vezes, esse paciente pode *tá* tendo um AVC hemorrágico, mas eu não *tô* aqui pra definir diagnóstico, né? Então, assim, já aconteceu de uma simples dor de cabeça ter se tornado um AVC hemorrágico e o paciente ficar em uma UTI, entubado e tudo. Assim, o Protocolo de Manchester vai classificar o paciente com a queixa, pelas queixas do momento daquele paciente, acontece que aquele paciente, pela queixa, é um paciente verde, é um paciente azul, porém ele traz algum exame que mostra que ele é um paciente assim, mais grave, entendeu? Que ele tem um comprometimento que merece uma atenção, então, é (*pausa*) dificulta, né? A gente da classificação tem que *tá* alerta e ver como é que vai ajudar aquele paciente, *pra* tudo há exceções, e uma das exceções, por exemplo, é um caso desse: o paciente com uma insuficiência renal, traz exames alterados de ureia e creatinina, porém, naquele momento, a queixa dele é leve, você *tá* vendo que ele não *tá* com alguma queixa de um amarelo ou laranja, mas aqueles exames mostram que ele é um paciente que merece atenção, aí a gente tem que ter um bom senso, independente da cor, tudo tem que ter um bom senso.

**DSC E:** Alguns fatores que repercutem [são] os protocolos que a gente tem que abrir. Assim, por exemplo, essa paciente aí, eu não era *pra* olhar pressão, né? ela *tá* com dor intensa, é uma crise renal, é uma dor intensa [...] o que é que o protocolo pede? Temperatura e dor. Nesse fluxograma, o Manchester, ele só pediria dois sinais vitais: temperatura e dor. Mas pelo protocolo interno, a gente olha todos os sinais, de todos os pacientes, então já é um desvio, entendeu? Acaba que a gente (*pausa*), paciente *tá* com uma dor, uma cólica intensa, e você *tá* fazendo ela perder tempo de atendimento olhando coisas que o protocolo não pede?

Fonte: Pesquisa direta, 2023.

\* Um discurso pode apresentar mais de uma IC

A Ideia Central A retrata que 37,5% das enfermeiras entrevistadas não identificam aspectos que influenciam na não efetividade na aplicação do STM. O DSC A pontua ainda que o Protocolo de Manchester confere segurança e confiabilidade no processo de classificação de risco.

Em contrapartida, na Ideia Central B 50% das participantes defendem que atitudes por parte do usuário, como a falha em comunicar a sua queixa com detalhes, dificultam a identificação correta de fluxogramas/discriminadores. Também é exposto que o conflito de interesse por parte de outros profissionais ao trazer familiares ao serviço com alguma demanda, interfere na dinâmica do trabalho do enfermeiro, pois não é possível “burlar” o sistema para atribuir uma classificação de risco superestimada para aquela queixa do paciente.

Na Ideia Central C é destacado que a precariedade na rede de atenção também é um fator que pode contribuir para a não efetividade do STM. Devido a rede municipal não possuir estrutura adequada, alguns pacientes buscam o serviço de urgência para realização de exames solicitados por outros profissionais, e por

entenderem o déficit em outros níveis de atenção, o enfermeiro acaba permitindo a subjetividade sobressair na avaliação. Além disso, é retratada a falha no sistema de referência, pois outros municípios realizam o encaminhamento de pacientes para o serviço, relatando determinada patologia que é referenciada no serviço.

A Ideia Central D apresenta que uma limitação do STM é a questão de verificar somente a queixa momentânea, sem considerar outros aspectos que podem interferir na saúde do utente, como, por exemplo, exames alterados consideravelmente. A Ideia Central E reforça a percepção de que o uso de múltiplos protocolos da instituição impactam na classificação de risco em tempo hábil, e interfere, sobretudo, aos pacientes com queixa de dor intensa.

Considerando a perspectiva das enfermeiras, quando questionadas sobre como os usuários acolhem o STM, foram encontradas duas Ideias Centrais, e a IC prevalente para a questão foi de que a maior parte dos usuários acolhem o STM de forma positiva (mencionada por 62,5% das enfermeiras entrevistadas). Os discursos do sujeito coletivo estão expostos no quadro 5.

**QUADRO 5** – Relação entre ideia central (IC) da questão 4, proporção das respostas de acordo com os participantes da pesquisa e DSC para a questão 4

*Questão 4: Na sua visão, como os usuários, no geral, acolhem o STM? (Eles recebem a classificação de forma positiva ou negativa? Por que você pensa assim?)*

Ideia Central (IC)		Enfermeiros classificadores do STM do serviço	
		N	%
A	A maioria acolhe o STM de forma negativa	3	37,5
B	A maioria acolhe o STM de forma positiva	5	62,5

**Total dos Informantes = 8**

### DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

**DSC A:** Acho que a maioria recebe de forma negativa, embora não falem, mas o corpo fala, *né?* E tem aqueles que [pausa] não aceitam, batem de frente, ficam alterados. Têm pessoas que chegam aqui achando que sua queixa é de extrema urgência, *pra* ele, o caso dele não pode esperar, principalmente no tocante ao discriminador da dor, porque quem vai avaliar a questão da sua dor serei eu, mas quem tá sentindo [a dor] é você [...] aqui a gente tem, *ó*, as carinhas de quem tem dor, a gente tem a questão de avaliar pelos sinais vitais, a gente sabe quando uma pessoa *tá* com muita dor, aquela dor insuportável, mas eu não vou saber a sua dor, eu vou imaginar como seja – pelo que você diz e pela apresentação que você me chega –, mas eu não vou saber. Tem gente que sente dor e não demonstra, *né?* Já tem gente que simula uma dor que você jura que tá na beira da morte e quando você passa pelo paciente, ver todos os exames, ver tudo, o paciente não tem nada, ele só queria tomar o remédio, como por experiência, em outros locais, eu conheço pacientes que chegam relatando uma dor e o médico pode prescrever todo tipo de remédio, mas ele quer a morfina, ele quer a dolantina, e enquanto ele não chegar aonde ele quer, ele não para de dizer que tem dor, e isso é ruim. Eles também acham que aquele critério de dor dele é menosprezado. Fora que, grande [parte] deles já conhece as etiquetas e sabem o tempo de espera, aí chegam na porta e dizem assim: “eu tô sem aguentar, eu *tô* com dor, coloca logo a vermelha, coloca a vermelha”, aí eu digo: “a vermelha é *pra* risco iminente de morte, não é o seu caso”, “é, por que você não sabe!”. Às vezes, a gente classifica e ele precisa de um atendimento em uma hora: “ai, a pessoa precisa morrer *pra* ser atendido?”, aí a gente acaba dizendo assim: “não, não precisa morrer, mas se uma pessoa chegasse aqui com a dor que você está agora e você chegasse com uma facada, um tiro ou um acidente, precisando de uma intubação, e eu botasse [a pessoa] na frente e deixasse você para depois, você acha que eu estaria fazendo certo?”. Aí é onde eles param e começam a assimilar que a dor não *tava* tão intensa. Mas eles [ainda] se incomodam, porque ficam sentados esperando, coisa que antigamente – quando não tinha o protocolo –, o médico ficava no consultório e era só: entra fulano, sai, entra, sai, eles esperavam, mas eles viam aquele entra e sai dos pacientes, e hoje não, se o paciente é classificado *pra* ter uma hora na cor amarela, o médico não é obrigado a atender na mesma hora, ele tem até uma hora *pra* atender. Então, se ele não atende logo quando o paciente chega e ele vê o médico entrando e saindo, andando, e ele sentado esperando, ele questiona por que que o médico não vem atender, então ele acha que foi por culpa do classificador, que colocou aquela cor que ele não *tá* sendo atendido. Logo no começo, eu acho que com o temperamento dos pacientes, com aquela agonia, com aquela sensação de que eles estavam realmente com dor, porque você *tava* inexperiente, você tinha medo de deixar ele muito tempo esperando e acontecer algo pior [...] acabava classificando ele numa cor laranja, quando podia ser amarelo.

**DSC B:** Acredito que eles recebem, na sua maioria, de forma positiva, dependendo da queixa, o protocolo encaixa o paciente como prioridade *pro* atendimento e o serviço acontece. Acho que hoje, pelo hospital ter 12 anos de funcionamento, a população já tem mais consciência do que é realmente atendido aqui e com isso, eles meio que aceitam o Protocolo de Manchester, *né?* Então, eles entendem que tem um protocolo que vai guiar essa questão da avaliação para o atendimento médico. Eles entendem hoje que o grau de

complexidade que é atendido no serviço, é um grau mais elevado. Então, assim, quando a gente realmente classifica pacientes verde, azul, que não são atendidos aqui, são devolvidos *pra* rede, eles conseguem aceitar de uma melhor maneira, porque antes era (*pausa*) tinha muito atrito, mas hoje eles já conseguem compreender melhor, muita gente já entende, já aceita. Particularmente, como classificadora, eu sou muito clara, eu até mostro, muitas vezes, a eles, porque é a partir do que ele tem, do que ele *tá* sentindo, da demanda dele, é que a gente classifica, não é uma coisa inventada, eu mostro *pra* eles, digo: “olha, o fluxograma é esse, o discriminador é esse, você se encaixa nesse perfil aqui [...] a gente vai ver como é que *tá* seus sinais vitais, ver se não tem nenhuma alteração, mas, provavelmente, pela sua queixa, você não vai ser nosso perfil, e aí a gente vai classificar, não pode burlar nada, entendeu?” Aí a gente diz que a gente é um hospital de grande porte e que o verde ele é [...] precisa sim de atendimento, mas, infelizmente, a gente aqui não atende, e a maioria aceita bem.

Fonte: Pesquisa direta, 2023.

A Ideia Central A, defende que a maioria dos usuários recebem a classificação de risco de forma negativa. Um dos fatores que desencadeia a não aceitação da definição da prioridade clínica se dá ao fato de alguns usuários desconhecerem como funciona a classificação e os critérios usados para definir uma prioridade com risco elevado. Há usuários que chegam ao serviço com a concepção de que sua queixa é muito urgente ou até mesmo emergente, sem compreender que riscos elevados estão ligados a grandes agravos na saúde e risco de morte.

Em oposição, a Ideia Central B retrata que a maioria dos pacientes aceitam a classificação de risco de forma positiva. Isso se dá ao fato de que os usuários compreendem que a definição da prioridade é feita por meio de um protocolo e entendem que o serviço em questão, por ser de alta complexidade, atende apenas queixas urgentes e emergentes. O DSC B também destaca que a comunicação entre o

profissional e o paciente, no sentido de explicar como funciona a classificação de risco, apresenta efeito positivo no quesito de satisfação do usuário.

## DISCUSSÃO

A predominância da ideia de que os discriminadores e os fluxogramas permitem a organização do fluxo interno do serviço segundo a prioridade clínica, enfatiza o discurso de que o STM é um sistema claro e objetivo, que direciona o atendimento e organiza o serviço, tornando possível realizar uma classificação de risco mais efetiva ao identificar a necessidade do paciente.<sup>13</sup> Além disso, contribui para diminuição da superlotação no serviço, uma vez que pacientes com baixo risco ou não urgentes deverão ser direcionados à rede de atenção.

No entanto, a superlotação tem relação com a percepção de grande parte dos pacientes, que consideram o serviço de urgência como uma porta de entrada

descomplicada para atendimento. Cabe destacar também que em decorrência de uma lacuna na execução do sistema de referência e contrarreferência, além da prevalência do modelo médico-curativista, os pacientes com demandas passíveis de resolução na atenção primária ou secundária à saúde buscam os serviços de urgência e emergência para respostas de seus problemas.<sup>14</sup>

O atendimento ao paciente com queixa que não corresponde ao perfil do serviço pode comprometer a qualidade do seu fluxo e muitas vezes, gerar transtornos ao paciente pela demora, e ao profissional por ter que lidar com o estresse de muitos usuários que não compreendem a importância da CR. Como exemplo disso, tem-se um estudo realizado em um hospital geral no município de Mossoró – RN, o qual buscou analisar os tipos de violência sofridos pela equipe de enfermagem na classificação de risco. A pesquisa aponta que pelo fato do profissional de enfermagem classificador ser o primeiro a entrar em contato com o usuário em situação delicada de adoecimento e ser o responsável por classificar a gravidade e tempo de atendimento médico, torna-o vulnerável a sofrer violência por usuários, acompanhantes e até outros profissionais da unidade.<sup>15</sup>

Dentre os fatores que interferem na efetivação do MTS, um estudo aborda que

uma das queixas dos entrevistados da pesquisa, está ligada ao fato de que em alguns momentos, o STM não alcança a identificação de um fluxograma relacionado à queixa do usuário.<sup>16</sup> Nessa ocasião, o profissional tem como alternativa realizar a classificação de maneira mais generalizada.

Outro aspecto que interfere na CR é a dificuldade de constatar a queixa principal. Um estudo qualitativo realizado na região norte de Portugal, concorda que esse fator compromete a escolha de um fluxograma ou discriminador, tornando complexo esse processo de decisão. Os enfermeiros do estudo também mencionam que esse fato é decorrência da multiplicidade de queixas e seu aspecto inespecífico.<sup>17</sup>

Dito isso, ressalta-se que algumas instituições se limitam à banners explicativos sobre a CR, porém, é preciso que os usuários sejam ensinados sobre a CR, visto que não são todos que a conhecem, e deve ser considerado que alguns pacientes não sabem ou não conseguem ler, e/ou apresentam dificuldade de interpretação. Diante disso, percebe-se a necessidade do acolhimento e da orientação no processo de classificação de risco para facilitar o processo de aceitação por parte do usuário.<sup>18</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar como potencialidades do STM a otimização do



tempo na CR e a organização do fluxo de acordo com a prioridade clínica, impactando na espera do usuário que, geralmente, acolhe bem o protocolo. Todavia, como dificuldades enfrentadas percebeu-se o atendimento de usuários com queixas inespecíficas, múltiplas ou não correspondentes à clínica, bem como o atendimento daqueles que não se encaixam no perfil da instituição. Ademais, destacaram-se a falha na Rede de Atenção à Saúde e o uso de múltiplos protocolos durante a CR.

Diante do exposto, há a necessidade de sensibilização dos órgãos gestores para uma maior resolução da Rede de Atenção à Saúde, sobretudo no que tange à Atenção Primária e à Atenção Secundária, para que os usuários sejam bem assistidos adequadamente e evite a sobrecarga dos serviços de Atenção Terciária.

Além disso, a educação permanente entre os profissionais de enfermagem com foco na aplicação do STM é importante para lhes garantir maior segurança e incentivar a busca por evidências mais robustas que respaldam o uso desse instrumento para reorganização dos fluxos de atendimento dos serviços de urgência e emergência hospitalar.

Destaca-se que, uma limitação do estudo, diz respeito à realização da coleta em apenas uma instituição hospitalar, fator que pode sugerir a necessidade de ampliação

da compreensão dos discursos dos enfermeiros em outras instituições localizadas nos demais municípios da região, bem como de outros estados, sendo esse um campo para novas investigações.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013 [citado em 12 nov 2024]. 84 p. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/07/manual-instrutivo-rede-atencao-urgencias-emergencias-sistema-unico-saude.pdf>
2. Jesus APS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Manchester Triage System: assessment in an emergency hospital service. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2021 [citado em 6 ago 2024]; 74(3):e20201361. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/prWmyPMW3LNVwXsqGMhghBQ/?format=pdf&lang=en>
3. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Scientific literature on the reliability and validity of the Manchester Triage System (MTS) protocol: a integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2015 [citado em 6 ago 2024]; 49(1):142-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8PqLqcnNmCp7mkqPxLkHdL/?format=pdf&lang=en>
4. Silva ADC, Chianca TCM, Pádua DR, Guimarães GL, Manzo BF, Correa AR. Caracterização dos atendimentos de um pronto-socorro público segundo o sistema de triagem de manchester. *REME Rev Min Enferm.* [Internet]. 2019 [citado em 6 ago 2024]; 23(1):e-1178. Disponível em:

- <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/49793/40313>
5. Anziliero F, Dal Soler BE, Silva BA, Tanccini T, Beghetto MG. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2016 [citado em 6 ago 2024]; 37(4):e64753. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/ZPt8CVtgXpftkT7MszL8KtP/?format=pdf&lang=pt>
  6. Moura BRS, Nogueira LS. Performance of the rapid triage conducted by nurses at the emergency entrance. *Rev LatinoAm Enferm.* [Internet]. 2020 [citado em 6 ago 2024]; 28:e3378. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TSVMjCJ9jfVJ6g6hyQ7Yh8K/?format=pdf&lang=en>
  7. Franco B, Busin L, Chianca TCM, Moraes VM, Pires AUB, Lucena AF. Associações entre discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester e diagnósticos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2018 [citado em 6 ago 2024]; 39:e2017-0131. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/TRpDZrc8CKSSBXCKyMR8DQc/?format=pdf&lang=pt>
  8. Lima DC, Ibiapina II GR, Silva ADM. Atendimento de emergência: conhecimento e aplicabilidade do protocolo de Manchester por enfermeiros. *Res Soc Dev.* [Internet]. 2021 [citado em 6 ago 2024]; 10(14):e47101421635. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21635/19323>
  9. Roncalli AA, Oliveira DN, Silva ICM, Brito RF, Viegas SMF. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. *Rev Baiana Enferm.* [Internet]. 2017 [citado em 6 ago 2024]; 31(2):e16949. Disponível em: <https://www.revenf.bvs.br/pdf/rbaen/v31n2/1984-0446-rbaen-rbev31i216949.pdf>
  10. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. Unidade hospitalar. Hospital Regional do Cariri [Internet]. Juazeiro do Norte, CE: ISGH; 2022 [citado em 31 jul 2022]. Disponível em: <https://www.isgh.org.br/onde-estamos/hospital-regional-do-cariri>
  11. Lefèvre F, Lefèvre AM. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento). 2. ed. Caxias do Sul: Educs; 2005.
  12. Lemos ICS, Delmondes GA, Dias DQ, Menezes IRA, Fernandes GP, Kerntopf MR. Discourse of the collective subject as a method for analysis of data in ethnobiological research. In: Albuquerque UP, Lucena RFP, Cunha LVFC, Alves RRN, editors. *Methods and techniques in ethnobiology and ethnoecology*. 2nd ed. Nova York: Humana Press; 2019. p. 55-67. (Springer Protocols Handbooks).
  13. Cicolo EA, Peres HHC. Electronic and manual registration of Manchester System: reliability, accuracy, and time evaluation. *LatinoAm Enferm.* [Internet]. 2019 [citado em 6 ago 2024]; 27:e3241. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/BJHfppCkRvL8KmgX5Z6QTnm/?format=pdf&lang=en>
  14. Baratieri T, Lentsck MH, Corona LP, Almeida KP, Kluthcovsky ACGC, Natal S. Fatores associados ao uso inapropriado do pronto atendimento. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2021 [citado em 6 ago 2024]; 26(6):2281-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/g49hxmjshxxjQKLWrCJgR9D/?format=pdf&lang=pt>
  15. Freitas RJM, Pereira MFA, Lima CHP, Melo JN, Oliveira KKD. A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2017 [citado em 6 ago 2024]; 38(3):e62119. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/RGRxYF4qtXRPKPt3fRxkvPQ/?format=pdf&lang=pt>
  16. Santos CS, Morais SM, Abib MLVS, Andrade SN, Oliveira F. Sistema de Triagem de Manchester: percepções de enfermeiros de uma unidade de pronto atendimento do Centro Oeste Mineiro. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2022 [citado 6 ago 2024]; 15(10):e10916. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10916/6641>

17. Costa FA, Torres RS, Sousa CP.  
Triagem de Manchester: percepções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. Revista de Enfermagem Referência [Internet]. 2022 [citado em 6 ago 2024]; 6(1):e21028.  
Disponível em:  
[https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=4446&codigo=](https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=4446&codigo=)
18. Campos TS, Arboit Éder L, Mistura C, Thum C, Arboit J, Camponogara S.  
Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. 2020 [citado 6 ago 2024]; 33:9786.  
Disponível em:  
<https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/9786/pdf>

RECEBIDO: 16/09/2024

APROVADO: 12/11/24

PUBLICADO: 11/2024