

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

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

Flávia Maria Matias de Oliveira¹, Izabel Cristina Santiago Lemos de Beltrão², Kenya Waleria de Siqueira Coelho Lisboa³, Naftale Alves dos Santos Gadelha⁴, Woneska Rodrigues Pinheiro⁵, Thays Lopes Lucas⁶

Cómo citar este artículo: Discurso de enfermeras sobre la aplicación del protocolo de Manchester en urgencia y emergencia hospitalaria. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2024 [acceso en: ____]; 13(3): e202437. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v13i3.7972>

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.

¹ Bachiller. Enfermera de la URCA-Cariri. Crato-CE. <https://orcid.org/0009-0005-4953-1093>

² Doctorado en Etnobiología y Conservación de la Naturaleza por la UFRPE. Profesora de la Carrera de Pregrado en Enfermería de la URCA Cariri y Coordinadora del Centro de Enfermería del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Pública (PRMSC/URCA). Crato-CE. <https://orcid.org/0000-0002-3236-5616>

³ Doctora en enfermería en promoción de la salud por la Universidad Federal de Ceará-UFC. Profesora adjunta de la carrera de Enfermería de la Universidad Regional del Cariri-URCA. Crato-CE. <https://orcid.org/0000-0001-6589-5464>

⁴ Maestría en Enfermería por la Universidad Federal de Ceará. Enfermera de urgencias del Hospital Regional de Cariri (HRC). Profesor del Centro de Desarrollo Avanzado (NAD). Crato-CE. <https://orcid.org/0000-0001-6257-9431>

⁵ Doctor en Ciencias de la Salud por el Programa de Postgrado de la Facultad de Medicina del ABC. Profesora Adjunta del Departamento de Enfermería y de la Maestría Académica en Enfermería de la Universidad Regional del Cariri-URCA. Crato-CE. <https://orcid.org/0000-0003-3353-9240>

⁶ Estudiante de Enfermería de la Universidad Regional del Cariri- URCA.

Dirección: Calle Cel. Antonio Luiz, 1161 – Pimenta – CEP: 63105-000 – Crato – CE. Correo electrónico: thays.lopes@urca.br. Crato-CE. <https://orcid.org/0000-0003-0746-9269>

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 Triage 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; Triage; Enfermagem em Emergência.

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.

INTRODUCCIÓN

En 2011, se creó la Red de Atención de Urgencia y Emergencia (RUE) en el Sistema Único de Salud (SUS), a través de la reformulación de la Política Nacional de Atención de Emergencia de 2003. La implementación de la RUE fue importante, ya que corrobora la articulación y integración de equipamientos de salud, con el objetivo de calificar y ampliar el acceso humanizado e integral a los servicios de urgencia y emergencia.¹

Sin embargo, los servicios de urgencias suelen utilizarse como puerta de entrada para resolver diferentes problemas de salud, lo que incluye situaciones menos complejas y ambulatorias. Como consecuencia, se produce una saturación de estos servicios, constituyendo un problema a escala global. Esto provoca que los usuarios permanezcan más tiempo en el servicio e interfiere en el tiempo de toma de decisiones del equipo médico. Por lo tanto, pueden ocurrir resultados indeseables, como costos adicionales e incluso un aumento de la

mortalidad, debido a la falta de atención oportuna.²

De esta manera, el Ministerio de Salud (MS) delineó estrategias para reorganizar los servicios de urgencia y emergencia y el proceso de trabajo, con el fin de brindar atención con diferentes grados de especificidad. Así, en 2004, a través de la Política Nacional de Humanización, se identificó la Acogida con Clasificación de Riesgo (ACCR) como una forma de cambiar el proceso de trabajo, gestión y producción de salud en las unidades de urgencia y emergencia. La Clasificación de Riesgo (CR) se caracteriza por ser un proceso dinámico de identificación de pacientes que requieren atención inmediata, según el riesgo potencial de muerte, además de los problemas de salud y el grado de sufrimiento.^{3,4}

El Manchester Triage System (MTS) fue desarrollado por enfermeras y médicos de la ciudad de Manchester, en el Reino Unido, con el objetivo de priorizar la atención en las unidades de emergencia, considerando criterios clínicos.⁵ Se basa en la identificación de la queja principal del paciente, basado en signos y síntomas, y, a través de diagramas de flujo y discriminadores, establece prioridad clínica de atención y tiempo máximo para la primera atención médica.⁶

Por lo tanto, a través del MTS, los pacientes se clasifican en niveles de prioridad clínica, I, II, III, IV y V, que van

desde “emergente” hasta “no urgente”, y corresponden respectivamente a los colores rojo, naranja, amarillo, verde, y azul, que equivalen a un tiempo de servicio de cero minutos, 10 minutos, 60 minutos, 120 minutos y 240 minutos.^{6,7}

El enfermero al frente del STM tiene algunas responsabilidades, a saber: reducir el tiempo de espera del paciente, actuar con rapidez en los casos más graves, optimizar los recursos, evaluar las principales quejas del usuario y clasificar la atención según las condiciones clínicas del paciente. Así, se entiende que el conocimiento teórico es fundamental para la RC, ya que la atención de emergencia hospitalaria requiere que el profesional de enfermería tenga conocimiento de las diferentes situaciones de salud, así como análisis crítico para tomar decisiones específicas.⁸

Se refuerza que el enfermero que actúa en RC debe tener habilidades esenciales en su cuidado, como escucha calificada, razonamiento clínico, correcta evaluación de la queja relatada por el paciente y conocimiento de la red de atención, para derivaciones correctas cuando sea necesario.⁹

Dado que el enfermero es el principal responsable de la RC, es importante analizar su concepción de la aplicación del protocolo de tamizaje más utilizado en Brasil, el MTS, identificando cómo se aplica el protocolo y las principales dificultades que enfrentan los

enfermeros. promover estudios con el fin de crear estrategias para enfrentar estos desafíos.

Así, el objetivo es analizar los discursos de enfermeros que trabajan en un servicio de urgencia y emergencia hospitalaria, respecto al uso del Protocolo de Manchester.

MÉTODO

Se trata de una investigación de campo, con un enfoque mixto de carácter descriptivo. El estudio se realizó en un hospital público de referencia para la población de la Macrorregión de Cariri. La institución es pionera de la red estatal en el interior de Ceará y está ubicada en el municipio de Juazeiro do Norte. Dispone de 294 camas: 174 de enfermería, 49 de urgencias, 28 de hospital de día, 20 de Unidad de Cuidados Intensivos de adultos y 15 de unidad de cuidados semiintensivos. Entre los servicios que se ofrecen se encuentran: Ambulatorio, Centro Quirúrgico, Clínica Quirúrgica, Clínica Médica, Traumatología-Ortopedia, Unidad de Cuidados Intensivos, Accidente Cerebrovascular – Agudo, Unidad de Cuidados Especiales – Adulto y Emergencia.¹⁰

Además, cuenta con servicios de apoyo asistencial, los cuales constan de: Agencia de Transfusión, Centro de Atención

al Cliente (NAC), Centro de Materiales, Centro de Asistencia Farmacéutica, Ingeniería Clínica, Centro de Nutrición y Dietética, Fisioterapia, Recursos Humanos, Logopedia, Servicio de Control de Infecciones Hospitalarias. (SCIH), Laboratorio de Análisis Clínicos, Servicio de Imagenología, Ingeniería de Mantenimiento y Servicio Social. Los servicios de apoyo a la gestión incluyen: Centro de Estudios de Tecnologías de la Información (NTI), Centro de Gestión y Seguridad del Paciente (NUGESP), Defensoría del Pueblo y Servicio Especializado en Ingeniería y Medicina del Trabajo (SESMT).¹⁰

El hospital cuenta con diez enfermeros actuando como clasificadores de riesgo, ocho de los cuales fueron entrevistados del 19 de enero de 2023 al 20 de enero de 2023. En este sentido, considerando los objetivos del estudio, se utilizó la muestra no probabilística intencional, la cual estuvo conformada por de profesionales de Enfermería de nivel superior que trabajan en Clasificación de Riesgos. Así, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: enfermeros de planta permanente del hospital, que trabajan con la aplicación del protocolo de Manchester, independientemente de su antigüedad en el sector. Los criterios de exclusión fueron: profesionales que no estuvieron presentes en el servicio durante la recolección, por

enfermedad, vacaciones o licencia de maternidad y profesionales que se negaron a participar.

La recolección de datos se realizó mediante un formulario socioeconómico y un guión de entrevista semiestructurada. Para la realización de la entrevista se utilizaron los siguientes dispositivos de recolección de datos: grabadora de voz de teléfono celular, para la transcripción confiable de los discursos de los participantes, y un diario de campo para recolectar impresiones durante la recolección y otra información relevante para el análisis de la entrevista. datos.

Para el análisis de los datos se utilizó la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DCS). En las investigaciones con DCS, los pensamientos se recogen a través de entrevistas individuales, a través de preguntas abiertas con amplio espacio para la expresión participante, con el objetivo de rescatar la esencia de las opiniones plurales, que constituirán discursos colectivos, o DCS.¹¹

Este proceso metodológico involucra los siguientes operadores: Idea Central (IC), Anclas (AC), Expresiones Clave (EC) y DSC. Las CE son transcripciones literales de expresiones de los participantes que revelan la esencia del pensamiento anunciado, sintetizando una Idea Central. Las anclas, a su vez, son declaraciones genéricas para enfatizar una opinión.

Los datos fueron presentados mediante tablas mixtas, indicando los IC y la frecuencia de cada IC identificados en los discursos (y/o AC) de los participantes, además de la presentación de los DCS, permitiendo un análisis global de las expresiones verbales de los participantes.¹²

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la institución proponente con dictamen 5.819.226 y CAAE: 65815022.8.0000.5055 y dictamen 5.841.592 de la institución coparticipante, con CAAE: 65815022.8.3001.5684. Debido a que la investigación involucra a seres humanos, los participantes también pudieron expresar sus intereses firmando el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (TCLE).

RESULTADOS

El perfil socioeconómico de las ocho enfermeras entrevistadas fue unánimemente femenino (100%), con un 87,5% declarando que su color/etnia era moreno y un 12,5% blanco. La edad osciló entre 29 y 49 años, siendo predominante el grupo de 29 a 39 años (75%) y en cuanto al estado civil la mayoría estaba casada (87,5%). En cuanto al perfil profesional, el nivel de formación predominante fue el de especialización (37,5%).

En cuanto al tiempo dedicado a trabajar en clasificación de riesgos, se

podieron recoger intervenciones de profesionales con mayor experiencia en el sector, algunos con más de 10 años (37,5%) y otros entre 1 y 5 años (25%), así así como

los de menor plazo, hasta 1 año (35,7%). Los datos antes mencionados y otros se pueden observar en la tabla 1.

TABLA 1 – Perfil de la muestra del estudio (n=8). Crato, Ceará, Brasil, 2023

Variable	norte	%
Sexo		
Femenino	8	100
Color/etnicidad		
Blanco	7	87,5
Marrón	1	12,5
rango de edad		
De 29 a 39 años	6	75
De 40 a 49 años	2	25
Estado civil		
Soltero	7	87,5
Casado	1	12,5
Nivel educativo		
Graduado	2	25
Especialización	3	37,5
Maestría	2	25
Graduación	1	12,5
Tiempo dedicado a la clasificación de riesgos		
Hasta 1 año	3	37,5
Entre 1 y 5 años	2	25
Más de 10 años	3	37,5

Fuente: Investigación directa, 2023.

Cuando los profesionales fueron interrogados sobre las características del STM que tienen potencial de impactar la reorganización de los flujos y procesos de

trabajo en los Servicios de Urgencia y Emergencia, revelaron tres Ideas Centrales que se pueden observar en la tabla 2.

TABLA 2 – Relación entre idea central (IC) de la pregunta 1, proporción de respuestas según participantes de la investigación y DSC de la pregunta 1

<i>Pregunta 1:</i> En su opinión, ¿cuáles son las características del Manchester Triage System (MTS) que tienen potencial para impactar la reorganización de los flujos y procesos de trabajo en los Servicios de Urgencia y Emergencia?		Clasificadores de enfermería del servicio MTS.	
Idea central (CI)		norte	%
EL	Clasificación de colores, organización del tiempo de espera del servicio.	3	37,5

B	Discriminadores y diagramas de flujo, organizando el flujo interno del servicio según prioridad clínica.	8	100
W.	Centrarse en la queja principal, garantizando un servicio más rápido.	2	25.0

Total de informantes = 8*

DISCURSO SUJETO COLECTIVO

DSC A: De hecho, utilizamos el Protocolo de Manchester para diferenciar el riesgo de cada paciente. Si es un paciente que tiene riesgo alto e inminente de muerte y entra en clasificación, se clasificará en rojo; si es paciente naranja también se prioriza su atención; Si está amarillo entonces esperará un poco o si es un paciente que no tiene las características de ser atendido por nuestro servicio entonces le aconsejaremos buscar la unidad básica de salud o una UPA. Así pues, el Protocolo de Manchester, en sí mismo, es muy importante, especialmente para servicios muy complejos. Aquí en la institución solo atendemos pacientes rojos, naranjas y amarillos, y luego los pacientes con menor grado de complejidad, como verdes, azules y blancos, son dirigidos a la red, o incluso pueden ser atendidos, pero luego necesitan el Evaluación del equipo por parte del jefe. Podemos organizarnos y no dejar esperando mucho tiempo a un paciente que está más grave, así, siguiendo muy bien los tiempos, no hay lista de espera en urgencias.

DSC B: Entonces, a través de Manchester podemos ver el tema de la gravedad, ¿verdad? De los pacientes, quién tiene prioridad. Cuando llegan varios pacientes al mismo tiempo podemos valorar cuál realmente necesita una atención más inmediata y cuál puede esperar. La mayoría de la gente llega con quejas de “dolor” y el dolor es un síntoma inespecífico, tu dolor no es el mismo que el mío, pero los otros discriminadores, los otros síntomas, son los que me harán intentar organizar el flujo de pacientes. Manchester está compuesto por 50 diagramas de flujo y dentro de ellos hay discriminadores, según la queja del paciente podemos [...] asignarlos dentro de este diagrama de flujo, este discriminador, y de ahí se dirige el tiempo de servicio. Es un sistema muy claro, muy objetivo, porque con cada discriminador que descartamos o añadimos –no podemos negar un discriminador–, nos detenemos en ese discriminador y nos hacemos una idea más real de las necesidades de ese paciente y la clasificación es más efectivo, es mejor para nosotros dirigir las necesidades del paciente basándonos en algo real, algo organizado, que sabemos que se utiliza en todo el mundo. Éste (el STM), por así decirlo, permite una dirección, un filtro, una selección de los perfiles de los pacientes, da dirección al servicio y a la organización en su conjunto. Muchos pacientes llegan (hacen una pausa) desde ambulatorios, desde atención primaria y secundaria. Así, de alguna manera, organiza el servicio, garantiza una atención adecuada a las necesidades del paciente y reduce la masificación, cuando se dirige a la red pacientes que no son nuestro perfil.

DSC C: Creo que la característica principal es que está muy dirigido a la queja principal del paciente, y luego podemos realizar un triaje real, en base a esa queja. Es un sistema seguro, que siempre puede predecir esa queja por un nivel de servicio, es más rápido. Siempre decimos que sobreestima la queja del paciente, por eso hay que aplicarlo bien. Por ser un sistema de clasificación tiene esta característica ¿no? A veces sobreestimamos las quejas, pero en realidad es por la protección del paciente.

Fuente: Investigación directa, 2023.

* Un discurso puede presentar más de un CI.

Una porción del 37% de los enfermeros coincide con la idea del Central de que la clasificación por colores, donde se define el tiempo máximo de atención médica, hace que el servicio esté más organizado, de modo que el paciente más grave no tenga

que esperar más tiempo para recibir el servicio. Cabe resaltar que la institución en cuestión, al tratarse de un servicio terciario de alta complejidad, sólo atiende a pacientes clasificados como rojo, naranja y amarillo, salvo algunas excepciones, según se expresa en los discursos.

La Idea Central B reunió la opinión de todos los participantes (100%) de que debido a que el Protocolo de Manchester tiene discriminadores y diagramas de flujo, significa que el flujo de servicios se organiza según la prioridad clínica del paciente, especialmente cuando hay varios pacientes en la unidad y Es necesario dirigir una atención más ágil a los usuarios con

patologías más graves, algo que resultaría más complejo si se tratara de flujos diagnósticos predefinidos, por ejemplo.

En la Idea Central C, el 25% de los participantes reporta que centrarse en la queja principal del paciente garantiza una mayor agilidad en la atención, ya que el sistema puede dirigir la queja a un nivel de atención, favoreciendo la rapidez en el proceso.

Para la segunda pregunta, que se refería a los aspectos desafiantes del MTS en la experiencia y/o dinámica del servicio, las ideas centrales están representadas en la tabla 3.

TABLA 3 – Relación entre idea central (IC) de la pregunta 2, proporción de respuestas según participantes de la investigación y DSC de la pregunta 2

Pregunta 2: ¿Qué aspectos del STM considera que son particularmente desafiantes en la experiencia y/o dinámica de su servicio? (¿Le gustaría reportar una situación que experimentó?)?

Idea central (CI)		Clasificadores de enfermería del servicio MTS.	
		norte	%
EL	Atención a pacientes con quejas que no corresponden al perfil de servicio	6	75.0
B	Atención al paciente psiquiátrico	1	12.5
W.	Atención a pacientes con quejas inespecíficas, múltiples o no clínicas.	3	37,5
D	Atención al paciente mediante múltiples protocolos/diagramas de flujo	1	12.5

Total de informantes = 8*

DISCURSO SUJETO COLECTIVO

DSC A: De hecho, lo desafiante es cuando el paciente llega con una queja, pero en realidad no es apto para nuestro servicio. No tenemos algunas especialidades, no somos un referente para mujeres embarazadas o niños, no somos un referente para la atención cardíaca, y a veces recibimos a estos pacientes, muchas veces, hay que orientarlos, ¿no? Que el paciente no será atendido aquí, porque no es un referente. No tanto los cardíacos, la mayoría, si es urgente vienen y todo, sino la mujer embarazada, el niño [...] terminan siendo puntos de conflicto. Es un desafío [...] Como (pausa) indicarle al paciente que tiene que buscar [otro]

servicio, y ya está angustiado por la situación y quiere que lo atiendan. Para él (pausa) su dolor, su problema, aunque sea un problema que tiene desde hace seis meses, entiende que es una emergencia. Pero insiste porque, bueno, aquí lo ven como un lugar que tiene todo para hacer, para hacerse unos exámenes más fácil y gratis, los pacientes los clasifican en azules, verdes, blancos. El paciente verde y azul no es un tema de sistema, es un acuerdo, como aquí el hospital ya no atiende al paciente azul y verde, hace una contrarremisión, ¿no? Aconseja al paciente buscar -por estar fuera del nivel de riesgo- la red pública municipal. Entonces, para nosotros es un desafío, porque algunos aceptan, entienden y otros pacientes se defienden, llegan a cuestionar, incluso son agresivos en su forma de hablar, y siempre tenemos que tratar de mantener el equilibrio para que (pausa) no No chocan, y llegado a ese punto llamamos al líder del equipo de emergencia para que escuche y también oriente y refuerce todo lo dicho, algunos se van quejándose, silbando, maldiciendo. Hay otros que, la mayoría, lo entienden. Esto exige mucho de la enfermera. Además está ese miedo porque para mí como no puedo dar un diagnóstico no puedo decirle al paciente que lo que tiene no es grave, por lo que me informa todo el tiempo no se están dando los signos, pero está diciendo que ¿Hay que [...] decirle que vaya a la UPA y que si ahí en la puerta realmente siente algo más grave? Entonces, existe esta orientación, es complicado en ese sentido, porque, a veces, lo clasificas como verde, pero necesitabas tener atención médica. Un paciente verde no significa que no necesite atención médica, simplemente no es el perfil del hospital. ¿Usted clasifica según la queja principal del paciente, [pero] eso no quiere decir que en dos horas el paciente no empeore, y si en dos horas el paciente no llega a la UPA? Durante el traslado a otra cita se siente mal, ¿quién es el responsable? Esto queda en manos de la enfermera clasificadora. Parece que después del COVID es casualidad –o no–, pero el flujo de algunas patologías está aumentando mucho, por ejemplo, el ictus en los más jóvenes, los infartos en los más jóvenes, y antes teníamos el factor edad para poder para regresar más seguro

DSCB:Lo que encuentro desafiante aquí es cuando llega un paciente que consideramos psiquiátrico. Yo nunca (pausa) he trabajado en un servicio psiquiátrico exclusivo. Debido a esta rutina que vive la mayoría de las personas, hay algunos factores que están desencadenando con mayor frecuencia problemas psicológicos, ¿verdad? Personas con ansiedad, con mil y un problemas, somatizantes (pausa) se ve que tiene más un factor psicológico que un factor de enfermedad física [...] cuando vine aquí (pausa) era más fácil para usted clasificar porque había patologías psicológicas existían y seguirán existiendo, pero los pacientes venían más cuando realmente tenían un problema físico, hoy vienen por cualquier detalle y después del COVID, es cuando vienen más.

DSC C:Entonces, creo que uno de los mayores desafíos es comprender realmente la queja real. A veces la gente viene con quejas muy inespecíficas o con quejas múltiples. Es un poco difícil para usted llegar a la [...] queja, ¿podemos incluso sobreestimar la queja del paciente y luego cambiar realmente la clasificación! Muchas veces vienen pacientes que refieren queja de dolor -que es un discriminador no específico-, pero le toman los signos vitales y el paciente está estable, le hacen un examen físico detallado y no encuentra ninguna patología, pero él insiste, persiste. al informar algunos problemas que estás viendo, ¿verdad? Él bien podría, frente a nosotros, [decir] que tiene un dolor intenso y luego le señalamos de manera que lo atiendan antes y el paciente estará entonces en el pasillo bien, caminando, hablando, haciendo todo lo que pueda. normal como si no hubiera sentido nada. He tenido pacientes que llegaron aquí reportando que tenían entumecimiento en el brazo, pero durante la entrevista, él movió su brazo, el brazo que estaba entumecido (pausa) hablando y moviéndose, luego dijo que arrastraba las palabras, pero tenía ningún tipo de afasia, disfasia, no tenía nada de eso, dicción perfecta. Es un desafío para usted intentar (pausa) mostrarle al paciente que todo lo que dice no está acorde con la clínica.

DSC D: Además de utilizar Manchester aquí, en la clasificación, también abrimos muchos protocolos. Entonces, sabemos que en Manchester tenemos que clasificar al paciente en tres minutos, y solo veremos los signos vitales de ese paciente según lo que pida, lo cual obedecerás, elegirás el diagrama de flujo y definirás el discriminador y para que hay discriminadores que usas que no necesitan ver ningún signo vital, ¿entiendes? O solo verás la glucosa en sangre o verás Glasgow, lo verás de acuerdo con lo que pide el diagrama de flujo. Pero como tenemos otros diagramas de flujo, terminamos tardando más con el paciente en la habitación, porque necesitamos ver todas las señales para definir otros protocolos hospitalarios.

Fuente: Investigación directa, 2023.

* Un discurso puede presentar más de un IC

La Idea Central A prevaleció (siendo mencionada por el 75% de los entrevistados) y señala que uno de los desafíos en la dinámica del servicio está vinculado a que, en algunos casos, es necesario orientar al paciente a buscar otro servicio. dentro de la red de atención municipal, que es de nivel primario o secundario, debido a que la institución en cuestión no tiene un perfil de atención menos urgente y no urgente, además de no ser referente para algunas especialidades médicas y esto se debe al gobierno. acuerdos.

Ante este hecho, algunos usuarios entienden que ciertas quejas no son parte del perfil que atiende la institución, en cambio, otros usuarios reciben orientación de manera negativa, expresando en ocasiones actitudes agresivas verbalmente, exigiendo resiliencia al enfermero para afrontar el problema. situación.

Otro punto relevante se refiere al temor a cambios en el estado clínico de los pacientes clasificados con un nivel de prioridad inferior y que necesitan buscar atención en otro nivel de atención. Algunas

enfermeras señalan que el usuario puede experimentar un empeoramiento de su situación en el proceso de paso a atención primaria o secundaria y la responsabilidad acaba atribuyéndose al profesional clasificador.

La Idea Central B retrata el desafío del enfermero frente a pacientes con perfil psiquiátrico en la clasificación de riesgo, ya que no posee experiencia profesional relacionada con el cumplimiento de esas especificidades. También se expone que la demanda de atención psiquiátrica ha ido creciendo en los últimos tiempos, especialmente después de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 (COVID-19).

En la Idea Central C, el 37,5% señala el desafío en la comprensión de la queja principal en pacientes que presentan quejas inespecíficas o múltiples quejas, además de la dificultad para clasificar a los usuarios cuando la queja reportada no coincide con el cuadro clínico que presenta la persona. En ese tiempo.

En la Idea Central D, se discute que el uso de múltiples protocolos internos puede

aumentar el tiempo de espera de los pacientes, ya que tomará más de los tres minutos recomendados por el MTS.

Los resultados del DSC para la tercera pregunta, que buscaba comprender los factores que impactan la efectividad del STM, se muestran en la Tabla 4.

TABLA 4 – Relación entre idea central (IC) de la pregunta 3, proporción de respuestas según participantes de la investigación y DSC de la pregunta 3

Pregunta 3: En su rutina de cuidados, ¿qué factores observa que pueden llevar a una aplicación ineficaz del STM? (¿Qué comportamientos adopta usted ante las situaciones denunciadas?)

Idea central (CI)		Clasificadores de enfermería del servicio MTS.	
		norte	%
EL	No entiendo los factores que impactan la aplicación ineficaz del protocolo.	3	37,5
B	La actitud de los usuarios y otros profesionales sanitarios	4	50.0
W.	La precariedad de la red sanitaria	2	25.0
D	Las limitaciones del protocolo.	2	25.0
Y	Los protocolos internos de la institución hospitalaria.	2	25.0

Total de informantes = 8*

DISCURSO SUJETO COLECTIVO

DSC A:Creo (pausa), no hay, no puedo ver nada, al menos en mi experiencia, que realmente impacte la no efectividad, no puedo ver nada que tenga un impacto. El protocolo nos da mucha confianza, mucha seguridad. Dependiendo de la clínica del paciente puedes elegir más de un diagrama de flujo, pero te quedas en el mismo discriminador y la misma prioridad, nos da mucha seguridad de que realmente sabemos que estás eligiendo la clasificación correcta, ¿entiendes?

DSCB:En nuestra vida diaria hay desinformación, el paciente va acompañado de mucha gente, la historia es muy confusa, la gente no sabe contar la historia y algo que se supone que es rápido, perdemos el tiempo tratando de entender el historia. Pierdes el tiempo con esta pregunta de: ¿pero qué fue? Y la persona: “¡No, es porque no sé qué!”, luego mezcla algunas historias –un medicamento que tomó, un alimento que comió– con lo que está sintiendo. Al final, terminas sin saber qué pasó. Creo que es más común en los accidentes cerebrovasculares, la historia del paciente con accidente cerebrovascular es difícil de extraer. A veces es una convulsión, el paciente convulsiona en casa, está haciendo post-ictal y esto puede confundir al clasificador y puede abrirlo como un déficit neurológico agudo y abrir un protocolo de accidente cerebrovascular y no es así, [también] cuando la persona llega y dice: “no, solo tengo dolor de cabeza y un dolor de cabeza que no para”. Entonces, terminas teniendo un protocolo con un síntoma que intentas ver si aquí se daría la atención, entonces termina no teniendo buena aplicabilidad, porque él recién llega y dice: “no, me duele la cabeza”; “Está bien... ¡pero cuéntame más sobre este dolor de cabeza!”, y el paciente siente (pausa) que pensamos que es mentira, o que lo estoy subestimando, y no dice nada más. Hay pacientes a los que les explicamos que si están clasificados como verde o azul, esperarán más, porque nunca dejamos de recibir pacientes clasificados como amarillo o naranja o rojo, siempre habrá un paciente que tiene mayor prioridad, y luego estos Los pacientes se deben a la cultura, ¿verdad? Vienen a buscar

primero al hospital, pero podrían buscar a la UPA o al PSF, ¿entiendes? A veces lamentablemente vemos algunas personas que llegan queriendo intimidarnos, personas que, como, son del mismo hospital y vienen con un familiar, con algo que no sería una emergencia, no tendrían ningún indicio de quedarse o entrar, ¿sabes? Estorba (pausa), no es nuestro perfil y no puedo hacer trampa para colocar un paciente que no es nuestro perfil, ¿entiendes? Luego tenemos esta dificultad, porque es un hospital terciario que atiende a muchos pacientes más graves.

DSC C:Entonces, vivimos en un contexto muy complicado, donde la red, por ejemplo la municipal, no está bien estructurada, vemos muchos pacientes que vienen aquí buscando hacerse un examen que ya tienen una solicitud y demás, pero no lo han hecho. t condición, entonces, digamos que si nos dejamos llevar un poco por la emoción y todo, tendemos a querer que este paciente alcance una (pausa) clasificación de riesgo mayor de lo que realmente sería, ¡bastante absurdo! Así, atendemos a cuarenta y cinco municipios y somos una puerta abierta a la demanda de ictus, somos un referente en ictus y nos damos cuenta de que los médicos envían a pacientes que no son sospechosos de ictus como si tuvieran un ictus. Nos cuesta clasificar a este paciente, porque –sobre el papel– es una cosa, cuando vemos al paciente es otra. Estas derivaciones que no son exactas a lo que siente el paciente hacen que sea muy difícil hacer Manchester, porque llegan a través del centro de regulación de camas. Es diferente aplicar Manchester en función de la demanda que envían desde los ayuntamientos. Voy a dar un ejemplo, de varios que he visto suceder: paciente diabético, enfermedad cardíaca, que los médicos en los municipios [alrededores] se dan cuenta de que no pueden manejar toda esa demanda, entonces simplemente lo expresan así: Accidente cerebrovascular, cuando llegues aquí para que podamos clasificar en tres minutos, obtener la historia completa de este paciente, que no tiene nada que ver con el accidente cerebrovascular, ¡esto nos dificulta mucho aplicar Manchester!

DSC D:Aquí tenemos discriminador y síntoma, ¿verdad? Vendrás a mí y me dirás: “ay, me duele la cabeza”, luego te preguntaré: “¿sufriste un golpe? ¿Te caíste? ¿Te desmayaste? ¿Tuviste vómitos? ¿Tiene rigidez en la parte posterior del cuello? ¿Dónde está el dolor? ¿El dolor es sólo en la parte posterior de la cabeza? ¿El dolor está en toda tu cabeza? ¿Desde cuándo?”, porque el tiempo también influye, pero el paciente se clasifica como verde y, en ocasiones, este paciente puede estar teniendo un ictus hemorrágico, pero no estoy aquí para definir el diagnóstico, ¿no? Entonces, ha sucedido que un simple dolor de cabeza se ha convertido en un ictus hemorrágico y el paciente acaba en una UCI, intubado y todo. Así, el Protocolo de Manchester clasificará al paciente con la queja, en base a las quejas actuales de ese paciente, resulta que ese paciente, en base a la queja, es un paciente verde, un paciente azul, pero trae algún examen que demuestra que Un paciente así es más grave, ¿entiendes? Que tiene un compromiso que merece atención, entonces (pausa) se le dificulta, ¿no? Nosotros en el equipo de clasificación tenemos que estar alerta y ver cómo vamos a ayudar a ese paciente, para todo hay excepciones, y una de las excepciones, por ejemplo, es un caso como este: el paciente con insuficiencia renal, tiene la urea alterada. y pruebas de creatinina sin embargo en ese momento su malestar es leve, se ve que no tiene síntomas amarillos ni anaranjados, pero esos exámenes demuestran que es un paciente que merece atención, entonces hay que tener sentido común. , sin importar el color, todo tiene que tener un buen sentido.

DSC E:Algunos factores que repercuten son los protocolos que tenemos que abrir. Entonces, por ejemplo, a este paciente, se suponía que no debía controlarle la presión arterial, ¿verdad? Ella tiene un dolor intenso, es una crisis renal, es un dolor intenso [...] ¿qué exige el protocolo? Temperatura y dolor. En este diagrama de flujo, Manchester, sólo pediría dos signos vitales: temperatura y dolor. Pero según el protocolo interno, miramos todos los signos, de todos los pacientes, entonces ya es una desviación, ¿entiendes?

¿Termina que nosotros (pausa), la paciente, tenemos dolor, calambres intensos y usted le hace perder el tiempo de atención mirando cosas que el protocolo no requiere?

Fuente: Investigación directa, 2023.

* Un discurso puede presentar más de un IC

La Idea Central A muestra que el 37,5% de los enfermeros entrevistados no identifican aspectos que influyan en la no efectividad de la aplicación del STM. DSC A también señala que el Protocolo de Manchester brinda seguridad y confiabilidad en el proceso de clasificación de riesgos.

Por otro lado, en la Idea Central B, el 50% de los participantes sostiene que actitudes por parte del usuario, como no comunicar detalladamente su queja, dificultan la correcta identificación de diagramas de flujo/discriminadores. También se expone que el conflicto de intereses por parte de otros profesionales al traer familiares al servicio con alguna demanda, interfiere en la dinámica del trabajo del enfermero, pues no es posible “burlar” el sistema para asignar una sobreestimación. clasificación de riesgo a la queja de ese paciente.

En la Idea Central C se destaca que la precariedad en la red de atención también es un factor que puede contribuir a la ineficacia del MTS. Debido a que la red municipal no cuenta con una estructura adecuada, algunos pacientes acuden al servicio de urgencias para realizarse pruebas solicitadas por otros profesionales, y al comprender el déficit en

otros niveles de atención, el enfermero termina permitiendo que la subjetividad destaque en la valoración. Además, se retrata la falla en el sistema de derivación, ya que otros municipios derivan pacientes al servicio, reportando cierta patología que es referida en el servicio.

La Idea Central D presenta que una limitación del MTS es la cuestión de verificar sólo la queja momentánea, sin considerar otros aspectos que pueden interferir en la salud del usuario, como, por ejemplo, exámenes considerablemente alterados. La Idea Central E refuerza la percepción de que el uso de los múltiples protocolos de la institución impacta oportunamente la clasificación de riesgo y afecta, sobre todo, a los pacientes que refieren dolor intenso.

Considerando la perspectiva de los enfermeros, cuando se les preguntó cómo los usuarios reciben el MTS, se encontraron dos Ideas Centrales, y el CI predominante para la pregunta fue que la mayoría de los usuarios reciben el MTS positivamente (mencionado por el 62,5% de los enfermeros entrevistados). Los discursos del sujeto colectivo se muestran en la tabla 5.

TABLA 5 – Relación entre idea central (IC) de la pregunta 4, proporción de respuestas según participantes de la investigación y DSC de la pregunta 4

Idea central (CI)		Clasificadores de enfermería del servicio MTS.	
		norte	%
EL	La mayoría acoge negativamente el MTS	3	37,5
B	La mayoría acoge positivamente el MTS	5	62,5

Total de informantes = 8

DISCURSO SUJETO COLECTIVO

DSC A:Creo que la mayoría lo recibe negativamente, aunque no hablan, pero el cuerpo habla, ¿no? Y hay quienes [pausa] no lo aceptan, lo combaten, se molestan. Hay personas que llegan aquí pensando que su queja es sumamente urgente, para ellos su caso no puede esperar, sobre todo en lo que respecta al discriminador de dolor, porque seré yo quien evaluará el tema de su dolor, pero quien esté sintiendo. el dolor] eres tú [...] aquí tenemos, ay, las caritas de los que sufren, tenemos el tema de evaluar por signos vitales, sabemos cuando una persona tiene mucho dolor, ese dolor insoportable, pero no conoceré tu dolor, yo Me imaginaré cómo será (según lo que digas y la presentación que me hagas), pero no lo sabré. Hay gente que siente dolor y no lo demuestra, ¿verdad? Ya hay gente que simula un dolor que juras que está al borde de la muerte y cuando pasas junto al paciente, ves todos los exámenes, ves todo, el paciente no tiene nada, solo quería tomar el medicamento, como por experiencia, en En otros lugares, conozco pacientes que vienen reportando dolor y el médico le puede recetar todo tipo de medicamentos, pero quiere morfina, quiere dolantina, y hasta llegar a donde quiere, no deja de decir que tiene dolor, y esto es malo. También piensan que se subestiman sus criterios de dolor. Además, la mayoría ya conocen las etiquetas y saben el tiempo de espera, entonces llegan a la puerta y dicen: “No aguanto, me duele, ponte la roja, ponte la roja”. rojo encendido”, entonces yo digo: “el rojo es por riesgo inminente de muerte, ese no es tu caso”, “¡sí, por qué no lo sabes!”. A veces clasificamos y necesitan atención en una hora: “ay, ¿tiene que morir la persona para que la atiendan?”, entonces terminamos diciendo: “no, no necesita que se muera, pero si llegó una persona aquí con el dolor que tienes ahora y si llegaste con una puñalada, un disparo o un accidente, necesitando una intubación, y te puse delante y te dejé para después, ¿crees que lo estaría haciendo bien? ”. Ahí es donde se detienen y empiezan a asimilar que el dolor no era tan intenso. Pero [todavía] se sienten incómodos, porque se quedan sentados esperando, algo que antes –cuando no había protocolo–, el médico se quedaba en el consultorio y era simplemente: entra fulano, sale , entra, sale, esperarían, pero verían entrar a esa persona. y sale a los pacientes, y hoy no, si el paciente está clasificado para tener una hora en amarillo, el médico no está obligado a asistir al Al mismo tiempo, tiene hasta una hora para asistir. Entonces, si no responde inmediatamente cuando llega el paciente y ve al médico yendo y viniendo, caminando y él sentado ahí esperando, pregunta por qué el médico no viene a ayudar, entonces piensa que fue culpa. del clasificador, quien colocó ese color que no está siendo atendido. Ya al principio creo que con el temperamento de los pacientes, con esa agonía, con esa sensación de que realmente estaban sufriendo, porque no tenías experiencia, Tenías miedo de dejarlo esperando demasiado y que pasara algo peor [...] terminaste clasificándolo como color naranja, cuando podría haber sido amarillo.

DSCB:Creo que reciben en su mayoría positivamente, dependiendo de la queja, el protocolo coloca al paciente como prioridad de atención y el servicio se da. Creo que hoy,

como el hospital tiene 12 años de funcionamiento, la población ahora está más consciente de lo que realmente se sirve aquí y con eso, como que aceptan el Protocolo de Manchester, ¿no? Entonces, entienden que existe un protocolo que guiará este tema desde la evaluación hasta la atención médica. Entienden hoy que el nivel de complejidad que se aborda en el servicio es un nivel superior. Entonces, cuando realmente clasificamos a los pacientes como verdes, azules, que no son atendidos aquí, son devueltos a la red, ellos pueden aceptarlo de mejor manera, porque antes había (pausa) había mucha fricción, pero hoy pueden entender mejor, mucha gente ya entiende, ya acepta. Particularmente, como clasificador, lo tengo muy claro, incluso les muestro, muchas veces, porque es en base a lo que él tiene, a lo que está sintiendo, a su exigencia, que clasificamos, no es algo inventado, les muestro. , le digo: “mira, este es el diagrama de flujo, este es el discriminador, aquí encajas en este perfil [...] vamos a ver cómo están tus signos vitales, a ver si hay algún cambio, pero, probablemente, de su queja, no será nuestro perfil, y luego lo clasificaremos, no podemos engañar a nada, ¿entiendes? Entonces decimos que somos un hospital grande y que es verde [...] sí necesita atención, pero lamentablemente aquí no brindamos atención y la mayoría lo acepta bien.

Fuente: Investigación directa, 2023.

La Idea Central A sostiene que la mayoría de los usuarios reciben la clasificación de riesgo de forma negativa. Uno de los factores que desencadena la no aceptación de la definición de prioridad clínica es el hecho de que algunos usuarios desconocen cómo funciona la clasificación y los criterios utilizados para definir una prioridad de alto riesgo. Hay usuarios que llegan al servicio con la idea de que su malestar es muy urgente o incluso emergente, sin entender que los altos riesgos están vinculados a grandes problemas de salud y riesgo de muerte.

Por el contrario, la Idea Central B muestra que la mayoría de los pacientes aceptan positivamente la clasificación de riesgo. Esto se debe a que los usuarios entienden que la definición de prioridades se realiza a través de un protocolo y comprenden que el servicio en cuestión, por ser de alta complejidad, sólo responde a

quejas urgentes y emergentes. El DSC B también destaca que la comunicación entre el profesional y el paciente, para explicar cómo funciona la clasificación de riesgos, tiene un efecto positivo en la satisfacción del usuario.

DISCUSIÓN

El predominio de la idea de que los discriminadores y diagramas de flujo permiten organizar el flujo interno del servicio según la prioridad clínica, enfatiza el discurso de que el STM es un sistema claro y objetivo, que dirige la atención y organiza el servicio, permitiendo llevar permite realizar una clasificación de riesgo más eficaz a la hora de identificar la necesidad del paciente.¹³ Además, contribuye a reducir la saturación del servicio, ya que los pacientes de bajo riesgo o no urgentes deben ser dirigidos a la red asistencial.

Sin embargo, el hacinamiento está relacionado con la percepción de la mayoría de los pacientes, que consideran el servicio de urgencias como una puerta de entrada sencilla a la atención. También cabe resaltar que debido a un vacío en la implementación del sistema de derivación y contrarreferencia, además de la prevalencia del modelo médico-curativo, pacientes con demandas que pueden ser resueltas en la atención primaria o secundaria de salud acuden de manera urgente y servicios de emergencia para obtener respuestas a sus problemas.¹⁴

La atención a un paciente con una queja que no corresponde al perfil del servicio puede comprometer la calidad de su flujo y muchas veces causar molestias al paciente por la demora, y al profesional por tener que lidiar con el estrés de muchos usuarios que No entiendo la importancia de la RC. Como ejemplo de eso, hay un estudio realizado en un hospital general de la ciudad de Mossoró – RN, que buscó analizar los tipos de violencia sufrida por el equipo de enfermería en la clasificación de riesgo. La investigación señala que debido a que el profesional de enfermería clasificador es el primero en entrar en contacto con el usuario en situación delicada de enfermedad y es el responsable de clasificar la gravedad y duración de la atención médica, esto lo hace vulnerable a sufrir violencia por parte de usuarios, acompañantes. e incluso otros profesionales de la unidad.¹⁵

Entre los factores que interfieren en la efectividad del STM, un estudio aborda que una de las quejas de los entrevistados de la investigación está vinculada a que, en ocasiones, el STM no logra identificar un diagrama de flujo relacionado con la queja del usuario.¹⁶ En esta ocasión, el profesional tiene la alternativa de realizar la clasificación de forma más generalizada.

Otro aspecto que interfiere en la RC es la dificultad para identificar la queja principal. Un estudio cualitativo realizado en la región norte de Portugal coincide en que este factor compromete la elección de un diagrama de flujo o discriminador, volviendo complejo este proceso de decisión. Los enfermeros del estudio también mencionan que este hecho se debe a la multiplicidad de quejas y su aspecto inespecífico.¹⁷

Dicho esto, cabe señalar que algunas instituciones se limitan a carteles explicativos sobre la RC, sin embargo, es necesario educar a los usuarios sobre la RC, ya que no todos la conocen, y hay que considerar que algunos pacientes no saben o no saben leer. y/o tener dificultades para interpretar. Ante esto, existe la necesidad de apoyo y orientación en el proceso de clasificación de riesgos para facilitar el proceso de aceptación por parte del usuario.¹⁸

CONSIDERACIONES FINALES

Fue posible identificar el potencial del MTS para optimizar el tiempo en la RC y organizar el flujo según prioridad clínica, impactando el tiempo de espera del usuario, que generalmente acoge con agrado el protocolo. Sin embargo, como dificultades enfrentadas destacamos la atención de usuarios con quejas inespecíficas, múltiples o no correspondientes a la clínica, así como la atención de aquellos que no se ajustan al perfil de la institución. Además, se destacó la falla de la Red de Atención de Salud y el uso de múltiples protocolos durante la RC.

Por lo anterior, surge la necesidad de sensibilizar a los órganos gestores hacia una mayor resolución de la Red Asistencial, especialmente en lo que respecta a la Atención Primaria y la Atención Secundaria, de modo que los usuarios sean adecuadamente atendidos y eviten la sobrecarga de los servicios de Atención Terciaria.

Además, la educación continua de los profesionales de enfermería enfocada en la aplicación del MTS es importante para garantizarles mayor seguridad y fomentar la búsqueda de evidencia más sólida que apoye el uso de este instrumento para reorganizar los flujos de atención en los servicios de urgencia y emergencia hospitalarios.

Se destaca que una limitación del estudio se refiere a la recolección en una

sola institución hospitalaria, factor que puede sugerir la necesidad de ampliar la comprensión de los discursos de los enfermeros en otras instituciones ubicadas en otros municipios de la región, así como en otros estados, que es un campo para nuevas investigaciones.

REFERENCIAS

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/reusp/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/reme/article/view/49793/40313>
5. Anziliero F, Dal Soler BE, Silva BA, Tancini 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/rngenf/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 Triage 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/rngenf/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/rngenf/a/RGRxYF4qtXRPKPt3fRxkvPQ/?format=pdf&lang=pt>
16. Santos CS, Morais SM, Abib MLVS, Andrade SN, Oliveira F. Sistema de Triage 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=

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>

RECIBIDO: 16/09/2024

APROBADO: 12/11/24

PUBLICADO: 11/2024