

Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester*Clinical demand in an emergency care unit according to the Manchester triage system**Demanda clínica de una unidad de emergencias según el protocolo de Manchester*Aline Santos Diniz¹, Ana Paula da Silva², Cristiane Chaves de Souza³, Tânia Couto Machado Chianca⁴¹ Enfermeira. Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: alinediniz89@hotmail.com.² Enfermeira. Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: anapaula_jhs@yahoo.com.br.³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Doutorado, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora Assistente da Universidade Federal de São João Del-Rei. Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: cristianesouza@ufsj.edu.br.⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: tchianca@enf.ufmg.br.**RESUMO**

Estudo com objetivo geral de identificar a demanda clínica dos pacientes atendidos por enfermeiros na classificação de risco de uma Unidade de Pronto Atendimento, segundo o protocolo de Manchester. Trata-se de estudo descritivo quantitativo cuja amostra foi de 364 prontuários. Os dados foram analisados no programa Statistical Package for the Social Science, utilizando estatística descritiva, bivariada e teste de correlação de Spearman. As principais queixas dos pacientes foram: "Indisposição no adulto", "Problemas nos membros", "Dor abdominal" e "Cefaleia". Houve correlação inversa entre faixa etária e classificação de risco ($r_s = -0.14$ $p=0,005$) e horário de atendimento e classificação de risco ($r_s = -1.02$, $p=0.046$). Concluiu-se que os pacientes atendidos na classificação de risco apresentaram queixas urgentes e não urgentes. Quanto maior a faixa etária do paciente e mais tarde o horário de procura para atendimento, mais grave foi a sua condição clínica.

Descritores: Triage; Enfermagem; Serviços Médicos de Emergência.**ABSTRACT**

The general objective of the present study is to identify the clinical demand of patients cared for by nursing professionals according to the risk classification of an Emergency Care Unit, following the Manchester triage system. It is a quantitative descriptive study whose sample was composed of 364 patient records. The data was analyzed via the Statistical Package for the Social Sciences, using descriptive, bivariate statistics and Spearman's correlation. The patient's main complaints were: "Adult indisposition," "Problems with the limbs," "Abdominal pain," and "Headaches." There was inverse correlation between age and risk classification ($r_s = -0.14$ $p=0,005$), and time of admittance and risk classification ($r_s = -1.02$, $p=0.046$). We conclude that the patients classified according to risk presented urgent and non-urgent complaints. The higher the patient's age and the later in the day they were admitted, the more severe their clinical condition.

Descriptors: Triage; Nursing; Emergency Medical Services.**RESUMEN**

Estudio con el objetivo general de identificar la demanda clínica de pacientes atendidos por enfermeros en la clasificación de riesgo de una Unidad de Emergencias, según el protocolo de Manchester. Estudio descriptivo, cuantitativo, sobre muestra de 364 historias clínicas. Datos analizados con programa *Statistical Package for the Social Science*, utilizando estadística descriptiva, bivariada y test de correlación de Spearman. Las principales quejas de los pacientes fueron: "Indisposición del adulto", "Problemas en los miembros", "Dolor abdominal" y "Cefalea". Existió correlación inversa entre faja etaria y clasificación de riesgo ($r_s = -0.14$ $p=0,005$), y horarios de atención y clasificación de riesgo ($r_s = -1.02$, $p=0.046$). Se concluyó en que los pacientes atendidos en la clasificación de riesgo presentaron demandas urgentes y no urgentes. Cuando más alta es la faja etaria del paciente y más tarde el horario de solicitud de atención, más grave ha resultado su condición clínica.

Descriptor: Triage; Enfermería; Servicios Médicos de Urgencia.

INTRODUÇÃO

A organização da atenção aos indivíduos em situação de urgência e emergência no Brasil tem sofrido mudanças nos últimos anos, no intuito de se obter uma rede de serviços hierarquizada na qual os indivíduos sejam atendidos de acordo com o nível de complexidade de cada unidade⁽¹⁾. Entretanto, apesar da tentativa de descentralização do atendimento às urgências, os serviços hospitalares e as unidades de pronto-atendimento continuam sendo os locais de maior demanda por atendimentos emergenciais, ocasionando uma superlotação destes serviços.

As unidades de pronto atendimento (UPA) atendem diariamente a um grande número de pacientes com variadas queixas sendo estas de urgência propriamente ditas e pacientes em situações não urgentes, que procuram a unidade pela maior facilidade de acesso ao atendimento⁽²⁾. O atendimento da população com queixas que não correspondem a situações clínicas que impliquem em risco de morte ao indivíduo sobrecarrega os serviços de urgência com o desenvolvimento de ações assistenciais que poderiam ser realizadas em unidades de urgência de menor complexidade, ou em serviços de atenção básica e especializada⁽³⁻⁴⁾, e pode interferir na qualidade do cuidado prestado aos indivíduos.

Como proposta de humanização do atendimento e de reorganização do processo de trabalho nos serviços de urgência, o Ministério da Saúde brasileiro propõe o acolhimento com classificação de risco que visa, entre outros objetivos, organizar a fila de espera, priorizando o atendimento de acordo com o grau de necessidade ou sofrimento apresentado pelo indivíduo⁽⁵⁾.

O enfermeiro se insere neste contexto, pois no Brasil a classificação de risco é atividade realizada por este profissional preferencialmente com experiência em serviço de urgência, e após capacitação para utilização do protocolo direcionador⁽⁵⁾. Classificar o risco de pacientes é considerada uma atividade complexa que depende de competências e habilidades próprias do enfermeiro, da sua experiência profissional, além de uma rede de serviços estruturada para os encaminhamentos necessários para a continuidade do cuidado aos pacientes⁽⁶⁻⁷⁾. Estudo demonstrou que a carga de trabalho dos enfermeiros neste local é de 24 horas, mas pode sofrer variações de acordo com o número de consultórios destinados para a classificação de risco⁽⁸⁾.

Os protocolos direcionadores configuram-se como o respaldo científico dos enfermeiros na classificação de risco. Assim, pesquisas envolvendo estes protocolos são importantes para contribuir com a produção científica da

enfermagem na área e fornecer subsídios para uma prática segura dos enfermeiros. Dentre os diferentes protocolos direcionadores utilizados na classificação de risco destaca-se o protocolo de Manchester, que tem sido amplamente utilizado nos serviços de urgência brasileiros⁽⁹⁾. Este é um protocolo de origem inglesa, e foi elaborado por médicos e enfermeiros atuantes em serviços de urgência. São cinco os níveis de risco estabelecidos por este protocolo, e cada nível de risco está atrelado a uma cor: nível 1 – vermelho; nível 2 – laranja; nível 3 – amarelo; nível 4 – verde, e nível 5 – azul. A cor branca é atribuída àqueles pacientes que apresentam situações incompatíveis com o serviço de urgência⁽¹⁰⁾.

No sistema de triagem de Manchester as queixas mais frequentes dos pacientes atendidos nos serviços de urgência estão dispostas em fluxogramas. Cada fluxograma possui um conjunto de discriminadores que representam os sinais e sintomas relacionados à queixa principal apresentada pelo paciente. Cada nível de prioridade clínica possui discriminadores que definem o nível de risco do paciente. Uma vez classificado, é importante que o paciente seja monitorizado e reavaliado, pois sua condição clínica pode se agravar ou diminuir⁽¹⁰⁾. Estudo realizado mostrou que o protocolo de Manchester tem facilitado a classificação de risco e tornado o trabalho dos enfermeiros neste local mais compreensível, além de facilitar o encontro com o paciente na chegada ao serviço de urgência⁽¹¹⁾.

Inserido no contexto de assistência à saúde do centro-oeste mineiro, destaca-se o município de Divinópolis/MG, que é considerado polo de referência para aproximadamente 54 municípios vizinhos da região. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município é o único serviço público que atende 24 horas por dia, com uma média de atendimento de 100 pacientes/dia. Na tentativa de organizar a alta demanda assistencial, no ano de 2009 foi implantada a classificação de risco utilizando o protocolo de Manchester.

Embora o município de Divinópolis seja considerado polo de atendimento à saúde para o centro-oeste mineiro, desconhece-se estudos que descrevam a demanda clínica dos pacientes atendidos por enfermeiros na classificação de risco da UPA local, de acordo com o protocolo de Manchester.

A superlotação dos serviços de urgência é um fenômeno mundial, e a quantidade de estudos que se tem publicado sobre o tema é desproporcional à dimensão do problema⁽¹²⁾, configurando, portanto, uma lacuna do conhecimento científico produzido na área. A

análise das características da população que procura atendimento em unidades de urgência é fundamental para a elaboração de políticas públicas de saúde que proporcionem qualificação do atendimento e um aumento do poder de resolução da atenção primária⁽³⁾.

Além disso, estudos têm demonstrado que o protocolo de Manchester é um bom preditor dos desfechos necessidade de admissão hospitalar, evolução dos pacientes durante a permanência no serviço, e mortalidade⁽¹³⁻¹⁵⁾. Desta forma, além de minimizar o tempo de espera para os pacientes com demandas prioritárias de atendimento, a identificação da demanda clínica segundo os diferentes níveis de risco do protocolo de Manchester é útil para direcionar os gestores dos serviços de urgência acerca das necessidades futuras de atendimento dos pacientes, tornando-se uma ferramenta de gestão importante nestes serviços.

Por ser uma temática recente, estudos que abordem a utilização do protocolo de Manchester nos serviços de urgência brasileiros ainda são incipientes. Logo, acredita-se que o conhecimento da demanda clínica de uma unidade de urgência utilizando o protocolo de Manchester pode contribuir para a organização da rede assistencial do município na qual está inserida, e fornecer informações importantes para o planejamento de ações de pactuação com serviços de menor e de maior complexidade em saúde para o encaminhamento dos casos necessários.

Sendo assim, delineou-se este estudo que teve por objetivo geral identificar a demanda clínica dos pacientes atendidos por enfermeiros na classificação de risco de uma Unidade de Pronto Atendimento, segundo o protocolo de Manchester; e por objetivos específicos: descrever as principais queixas apresentadas e os discriminadores definitivos da classificação de risco em cada nível de prioridade clínica; descrever os sinais vitais, escalas e dados adicionais que foram avaliados pelo enfermeiro no processo de classificação de risco; e verificar a existência de correlação entre as variáveis sexo, faixa etária e horário de atendimento com o nível de risco atribuído ao paciente.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e documental, com abordagem quantitativa, realizado na UPA de Divinópolis/MG nos anos de 2011 e 2012.

A população do estudo foi composta por todos os prontuários dos pacientes atendidos na classificação de risco no período de 1º de setembro de 2009 (data da implantação da classificação de risco no serviço) a 30 de

setembro de 2010, totalizando 38.370 prontuários. A amostra do estudo foi casual, estratificada por cores, calculada considerando o total de pacientes classificados em cada nível de risco da população do estudo. Utilizou-se o cálculo para estimar proporção, estabelecendo 4% como margem de erro e 10% como estimativa de erro, totalizando 364 prontuários, sendo: três prontuários de pacientes classificados na cor vermelha, 32 laranjas, 92 amarelos, 222 verdes, cinco azuis e 10 brancos.

Fizeram parte da amostra os prontuários que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: apresentou com letra legível o nome do paciente, número de registro do prontuário, queixa principal apresentada pelo paciente no momento da classificação de risco, discriminador geral ou específico da classificação e a classificação de risco obtida ao final da avaliação do enfermeiro. Foram excluídos do estudo os prontuários dos pacientes que não passaram pela classificação de risco, dos que foram atendidos fora do período de coleta de dados delimitado, e aqueles cujos nomes deixavam dúvidas em relação ao sexo do paciente.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2011, e consistiu na análise dos prontuários dos usuários atendidos na classificação de risco, utilizando instrumento de coleta de dados contendo as variáveis de interesse do estudo: sexo, idade, horário de atendimento, número de registro do prontuário, queixa principal, discriminador geral ou específico da classificação e a classificação de risco obtida ao final da avaliação do enfermeiro.

O estudo teve como variável dependente a classificação de risco obtida ao final da avaliação do enfermeiro, e como variáveis independentes: sexo, faixa etária e horário do atendimento. Para descrever as principais queixas apresentadas pelos pacientes, utilizou-se a nomenclatura dos fluxogramas do protocolo de Manchester.

A análise dos dados foi realizada no programa estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 11.5, utilizando estatística descritiva simples e bivariada, e teste estatístico de correlação de Spearman, considerando um intervalo de confiança de 95%. As hipóteses testadas utilizando a correlação de Spearman foram: H_0 – não há correlação entre as variáveis sexo, faixa etária, horário de atendimento e o nível de risco atribuído ao paciente; H_1 – há correlação entre as variáveis sexo, faixa etária, horário de atendimento e o nível de risco atribuído ao paciente.

Este estudo cumpriu com a resolução 196/96 do CONEP sobre pesquisas envolvendo seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus/ CEP-HSJD (Parecer nº 14/2011).

RESULTADOS

A análise dos dados revelou que, dos 364 pacientes estudados, 209 (57,4%) eram do sexo feminino, e 155 (42,6%) do sexo masculino. Com relação à faixa etária, a maioria (294 - 80,8%) dos prontuários analisados não descrevia a idade do paciente. Dos casos descritos, a maioria (20 - 28,6%) pertencia à faixa etária entre 10 a 19 anos, seguida dos pacientes com idade entre 30 a 39 anos (15 - 21,4%), e aqueles com idade entre 20 a 29 anos (12 - 17,1%), com 60 anos ou mais (11 - 15,7%), com 40 a 49 anos (7 - 10,0%) e 50 a 59 anos (5 - 7,1%).

Percebeu-se uma concentração dos atendimentos realizados no horário de 18:00 às 22:59h (207 - 56,9%). Os demais atendimentos realizados ocorreram entre 07:00 às 11:59h (76 - 20,9%), 12:00 às 17:59h (76 - 20,9%) e 23:00 às 06:59h (2 - 0,5%). Em três (0,8%) prontuários, o horário do atendimento não estava descrito.

A influência entre as variáveis sexo, idade e horário de atendimento no nível de risco atribuído ao paciente seguindo o protocolo de Manchester foi identificada (Tabela 1).

Tabela 1: Correlação entre as variáveis sexo, idade e horário de atendimento e os níveis de risco estabelecidos no protocolo de Manchester. Divinópolis, MG, Brasil, 2011.

Variáveis	Correlação de Spearman (r_s)	Valor de P
Sexo	-0,12	0,81
Idade	-0,14	0,005
Horário de atendimento	-1,02	0,046

Houve correlação inversa ($r_s = -0,14$ $p = 0,005$), entre a faixa etária e o nível de risco atribuído ao paciente nos casos em que a idade do paciente estava descrita (19,2%), o que permite inferir que quanto maior a faixa etária do paciente, menor foi a sua classificação de risco, ou seja, quanto maior a idade, mais grave tende a ser o paciente.

Houve correlação inversa entre o horário de atendimento e a classificação de risco ($r_s = -1,02$, $p = 0,046$). Os horários de atendimento foram agrupados nos diferentes turnos numerados de um a quatro, a saber: 1 = 07:00 às 11:59h; 2 = 12:00 às 17:59h; 3 = 18:00 às 22:59h; e 4 = 23:00 às 06:59h. A

classificação de risco obedeceu a uma ordem, em que o valor "1", se referiu aos pacientes mais graves, cujo atendimento deve ser priorizado, e "5" se referiu aos pacientes classificados como não urgentes. Neste estudo, quanto mais tarde o paciente procurou o serviço, menor foi a sua classificação, ou seja, mais grave era sua condição clínica.

A Tabela 2 apresenta as principais queixas dos pacientes atendidos na UPA em estudo, seguindo a nomenclatura dos fluxogramas do protocolo de Manchester.

Tabela 2: Principais queixas de pacientes atendidos na UPA. Divinópolis, MG, Brasil, 2011.

Queixa	N	%
Indisposição no adulto	111	30,5
Problemas nos membros	38	10,4
Dor abdominal	34	9,3
Cefaléia	32	8,8
Dor torácica	22	6,0
Dispneia	19	5,2
Classificados como "Branco"	10	2,7
Outras	98	27,1
TOTAL	364	100,0

Cabe ressaltar que os 98 (27,1%) pacientes apresentaram como outras queixas: "Queda", "Dor lombar", "Diabetes", "Dor Cervical", "Convulsões", "Diarréia", "Comportamento Estranho", "Corpo Estranho", "Criança que não se sente bem", "Doença Mental", "Erupções Cutâneas", "Mordeduras e Picadas", "Asma", "Dor de garganta", "Embriagues aparente", "Problemas estomatológicos", "Problemas oftalmológicos", "Agressão", "Dispneia na criança", "Estado de inconsciência", "Exposição a químicos", "Hemorragia gastrointestinal", "Infecções Locais e Abscessos", "Problemas Nasais", "Problemas nos Ouvidos", "Sobredosagem ou Envenenamento", e "Traumatismo Crânio Encefálico". Os pacientes que foram classificados como "Branco" (10 - 2,7%) procuraram o serviço, em sua maioria, para apresentação de resultados de exames.

Segundo o protocolo de Manchester, cada queixa principal está associada a sinais e sintomas (discriminadores) que definem o nível de risco atribuído ao paciente⁽⁵⁾. As queixas principais e discriminadores definitivos da classificação foram analisados em cada nível de prioridade.

Dos três (0,8%) pacientes classificados na cor vermelha, dois (66,7%) apresentaram "Diabetes" como queixa principal, e um (33,3%), "Embriagues aparente". Os principais discriminadores neste nível de classificação

foram "Hipoglicemia" (2 - 66,7%) e "História de perda de Consciência" (1 - 33,3%).

No nível II de prioridade, representado pela cor laranja, as principais queixas apresentadas pelos 32 (8,8%) pacientes foram: "Dor torácica" (7 - 21,9%), "Indisposição no adulto" (6 - 18,8%), "Dispneia" (4 - 12,6%) e "Doença mental" (2 - 6,3%). Os principais discriminadores que definiram a classificação neste nível de prioridade foram: "Dor severa" (8 - 25,0%), "Pulso anormal" (7 - 21,9%), "Dor precordial" (6 - 18,8%) e "Saturação de oxigênio muito baixa" (3 - 9,4%), totalizando 75,1% dos pacientes.

As queixas de "Dor abdominal" (19 - 20,7%), "Indisposição no adulto" (14 - 15,2%), "Cefaléia" (7 - 7,6%) e "Dor torácica" (7 - 7,6%) totalizaram 51,1% das principais queixas dos 92 (25,3%) pacientes classificados no nível III de prioridade (cor amarela). Os principais discriminadores que definiram a classificação desses pacientes foram "Dor moderada" (40 - 43,5%), "Dor pleurítica" (7 - 7,6%), "História de perda de consciência" (6 - 6,5%) e "Instalação súbita" (6 - 6,5%).

Para os pacientes classificados como verde (222 - 61%), as principais queixas foram "Indisposição no adulto" (89 - 40,1%), "Problema nos membros" (32 - 14,4%), "Cefaléia" (24 - 10,8%) e "Dor abdominal" (13 - 5,9%), totalizando 71,2% das queixas apresentadas. Os principais discriminadores que definiram a classificação foram: "Dor" (156 - 70,3%), "Problema recente" (45 - 20,3%), "Subfebril" (12 - 5,4%) e "Provável infecção respiratória" (2 - 0,9%).

Os cinco (1,4%) pacientes classificados como azul (nível V de prioridade) apresentaram como queixas "Dor torácica" (2 - 40,0%), "Indisposição no adulto" (2 - 40,0%) e "Convulsão" (1 - 20,0%). O discriminador que definiu a classificação neste nível de prioridade foi "Problema recente: não" que esteve presente nos cinco (100,0%) casos.

Procedeu-se à análise do registro dos sinais vitais coletados durante a classificação de risco. Os valores de pressão arterial estavam descritos em apenas dois (0,5%) prontuários. "Dor torácica" e "Queda" foram as queixas apresentadas pelos pacientes em que a pressão arterial foi mensurada, e estes foram classificados de acordo com o protocolo de Manchester nas cores laranja (1 - 50,0%) e amarela (1 - 50,0%).

Os valores de saturação de oxigênio por oximetria de pulso foram mensurados em 148 (40,6%) pacientes. Destes, 131 (88,5%) não apresentavam alteração deste indicador, 14 (9,4%) apresentavam "Saturação de oxigênio baixa" e três (2,0%) "Saturação de oxigênio

muito baixa". Os pacientes que apresentaram nível de saturação baixa chegaram à UPA com queixas de "Dispneia" (5 - 35,7%), "Indisposição do adulto" (3 - 21,4%), "Dor torácica" (2 - 14,3%) e outras (4 - 28,6%). Aqueles com nível de saturação muito baixa queixavam-se de "Dispneia" (2 - 66,7%) e "Asma" (1 - 33,3%).

A Escala de coma de Glasgow (ECG) foi aplicada em 134 (36,8%) pacientes. Destes, 133 (99,2%) obtiveram a pontuação máxima da escala (15 pontos) e um (0,8%) obteve pontuação 12. Este paciente apresentou como queixa principal "Convulsão", e foi classificado na cor laranja. Os pacientes que obtiveram a pontuação máxima na escala apresentaram como queixas principais: "Indisposição no adulto" (78 - 58,2%), "Cefaléia" (17 - 12,7%) "Dispneia" (12 - 9,0%) e "Vômitos" (5 - 3,7%), totalizando 112 (83,6%) das queixas. Os outros 22 pacientes (16,4%) apresentaram como queixas: "Agressão", "Asma", "Comportamento estranho", "Diabetes", "Diarréia", "Doença mental", "Dor de garganta", "Dor torácica", "Estado de inconsciência", "Hemorragia gastrointestinal", "Problemas nasais", "Queda", "Sobredosagem ou envenenamento" e "Traumatismo cranioencefálico".

A temperatura corporal foi aferida em 158 (43,4%) pacientes. Destes, 128 (81,0%) estavam "Normotérmicos", 22 (13,9%) "Subfebris", sete (4,4%) "Quentes" e um (0,7%) "Muito quente". Estes pacientes foram classificados nas cores Verde (128 - 81,0%), Amarelo (24 - 15,2%), Laranja (3 - 1,9%), Azul (2 - 1,3%) e Vermelho (1 - 0,6%) e tiveram como queixas principais: "Indisposição no adulto" (85 - 53,8%), "Cefaleia" (24 - 15,2%), "Problemas urinários" (10 - 6,3%) e "Problemas nos membros" (8 - 5,1%).

Dos 184 pacientes (50,5% do total da amostra) em que a frequência cardíaca foi mensurada, 127 (69,0%) apresentavam valores de pulso fisiológicos, 47 (25,5%) "Taquicardia" e 10 (5,5%) "Taquicardia acentuada"⁽¹⁰⁾. Este dado vital foi verificado nos pacientes que apresentavam como principais queixas "Indisposição no adulto" (100 - 54,3%), "Dor torácica" (18 - 9,8%), "Dispneia" (17 - 9,2%) e "Problemas nos membros" (12 - 6,5%). Os pacientes com taquicardia foram classificados nas cores Verde (32 - 68,1%), Amarelo (10 - 21,3%) e Laranja (5 - 10,6%) e os com taquicardia acentuada nas cores Laranja (8 - 80,0%) e Amarelo (2 - 20,0%).

DISCUSSÃO

Neste estudo a maioria (57,4%) dos pacientes estudados era do sexo feminino. Este achado corrobora

com outros estudos realizados que mostraram que as mulheres representaram, respectivamente, 54,3%, 62,0%, 53,4% e 53,7% dos pacientes que buscaram por atendimento em serviços de urgência^(3-4,9,16).

Estudo semelhante mostrou que a idade média de pacientes que procuraram atendimento em um serviço de urgência hospitalar foi de 41,6 anos ($dp \pm 34,6$)⁽⁴⁾. Chama atenção o fato de 80,8% dos prontuários analisados neste estudo não descrever a idade do paciente. Entretanto, nos casos em que a idade foi descrita, quanto maior a idade do paciente menor era sua classificação de risco, ou seja, mais grave era sua condição clínica ($r_s = -0,14$ $p = 0,005$). Estudo demonstrou que quanto maior a idade do paciente maior o risco de morte dentro de 30 dias de internação após a chegada ao serviço de urgência. Além disso, pacientes acima de 75 anos de idade com sintomas de doença coronariana tiveram maior risco de morte dentro de 30 dias após a chegada ao serviço de urgência, em comparação com pacientes jovens com os mesmos sintomas⁽¹⁷⁾. Estes achados reforçam a importância do enfermeiro avaliar a idade no processo de atribuição do risco, bem como sua associação à condição clínica e possível prognóstico do paciente.

A maioria (56,9%) dos atendimentos foram realizados no horário de 18:00 às 22:59h, contrapondo outros estudos em que a maior parte dos atendimentos foi realizada no período diurno^(4,16). Este achado pode ser explicado pela organização da rede de saúde do município em que, após às 17h, dispõe apenas da unidade em estudo para atender aos pacientes que utilizam exclusivamente o Sistema Único de Saúde. Em contrapartida a maior procura por atendimento em unidades de urgência no período diurno em outros estudos reflete a preferência dos indivíduos de procurarem por atendimento em unidades de urgência, sobretudo as hospitalares, mesmo que suas queixas possam ser passíveis de resolução em unidades de menor complexidade.

Por outro lado, neste estudo, quanto mais tarde o horário de atendimento, menor foi a classificação de risco dos pacientes, ou seja, mais grave a sua condição clínica ($r_s = -1,02$, $p = 0,046$). A procura por atendimento no período da noite e madrugada é mais condizente com o perfil assistencial oferecido pelo serviço quando comparado com os períodos da manhã e tarde⁽¹⁸⁾, o que reforça a necessidade de um planejamento de recursos humanos deslocados para os turnos em que número de atendimentos e a gravidade dos pacientes atendidos são maiores. Entretanto, cabe

ressaltar que a força desta associação foi pequena ($r_s = -1,02$), embora seja significativa ($p = 0,046$). Assim novos estudos que avaliem a associação entre o horário do atendimento e o nível de gravidade dos pacientes devem ser realizados.

A análise das principais queixas apresentadas mostrou que a UPA atende pacientes com urgências propriamente ditas, urgências menores e casos não urgentes. Pesquisa apontou que as principais queixas dos usuários de um Pronto Socorro Municipal compunham uma sintomatologia característica de processos terapêuticos de atenção primária, além de aspectos emocionais e de necessidades consideradas não urgentes, corroborando com os achados deste estudo⁽³⁾. Observa-se que a população mantém a ideia do modelo hospitalocêntrico, e mesmo no horário em que as unidades de atenção primária estão abertas, procuram atendimento nas unidades de urgência⁽⁴⁾. Estes achados apontam para a necessidade de conscientização da população acerca das estratégias governamentais de descentralização da rede de atenção à urgência e emergência, esclarecendo os componentes desta rede e as competências de cada nível de complexidade de acordo com suas possibilidades terapêuticas.

Ademais, uma revisão da literatura mostrou algumas estratégias importantes para redução da superlotação dos serviços de emergência hospitalares, das quais cabe destacar: reestruturação da rede de atenção com diminuição dos hospitais e aumento da rede ambulatorial; identificação dos pacientes que procuram o serviço de emergência hospitalar com maior frequência e encaminhamento dos mesmos à rede de atenção primária, e implantação de um serviço de enfermagem dedicado ao gerenciamento das admissões, altas e transferências dos pacientes atendidos na emergência. Apesar de identificadas na literatura estratégias para redução da superlotação dos pronto atendimentos, os autores destacam que deve-se avançar na produção de estudos que envolvam a tomada de decisão dos gerentes de unidades de urgência, de modo a fornecê-los evidências fortes para ajudar a solucionar o problema da superlotação destes serviços⁽¹²⁾.

Neste estudo, a demanda clínica dos pacientes atendidos por enfermeiros foi descrita seguindo a nomenclatura do protocolo de Manchester, adotado como direcionador da classificação de risco. Este protocolo tem sido visto pelos enfermeiros como um facilitador do processo de trabalho na classificação de risco, permitindo maior aproximação enfermeiro-paciente^(7,11). Estudos mostram que o protocolo de Manchester é eficaz para

predizer a evolução dos pacientes em serviços de urgência, o que permite elencá-lo como ferramenta importante para gestão do risco clínico dos pacientes em unidades de urgência⁽¹³⁻¹⁵⁾. Entretanto, cabe ressaltar que apesar de adotado em diversas instituições brasileiras como protocolo direcionador da classificação de risco, desconhecem-se estudos publicados que tratem da validação deste protocolo para utilização no Brasil. Sendo assim, recomenda-se a realização de estudos que abordem a validade e a confiabilidade deste protocolo para utilização no sistema de saúde brasileiro.

"Indisposição no adulto" foi a principal queixa dos pacientes estudados. Os discriminadores definitivos da classificação para esta queixa abrangem uma série de problemas de saúde, tais como: risco de vida, grau de consciência, dor, temperatura, sinais de meningismo e exantema eritematoso ou bolhoso⁽¹⁰⁾. Este achado pode indicar uma dificuldade do enfermeiro em avaliar e identificar a queixa principal. Na classificação de risco, a investigação deve ser direcionada à principal queixa ou incidente que levou o paciente a procurar atendimento, e esta queixa deve ser bem investigada, visto que uma melhor investigação da queixa principal eleva o nível de prioridade atribuído ao paciente^(9,17).

A classificação de risco requer do enfermeiro julgamento clínico rápido e habilidades como conhecimento da escala utilizada, olhar clínico que é influenciado pela experiência profissional, paciência e agilidade⁽⁷⁾. Assim, reforça-se a necessidade de capacitação prévia dos enfermeiros acerca da metodologia de classificação de risco segundo o protocolo direcionador, a fim de que a avaliação do paciente seja acurada e em concordância com o estabelecido no protocolo, de modo a minimizar os erros de classificação decorrentes do manuseio incorreto do mesmo.

Neste estudo, as queixas de "Cefaléia", "Dor torácica" e "Dispnéia" representaram 20% do total das queixas apresentadas pelos pacientes. Estudos apontam que estas mesmas queixas também estiveram entre as queixas mais frequentemente identificadas em grande parte dos usuários^(9,15).

Observou-se que a queixa de dor foi esteve presente nos pacientes classificados nos níveis II, III, IV e V do protocolo de Manchester, e foi percebida pelos pacientes nas diversas localizações do corpo. Quando somadas, as queixas de dor abdominal, cefaléia e dor torácica corresponderam a 24,1% das queixas apresentadas pelos pacientes, ocupando o segundo lugar no ranking das principais queixas identificadas.

Estudos realizados identificaram a dor como a queixa principal dos pacientes que procuraram por atendimento em serviços de urgência. A dor foi referida como queixa principal em 39,3% dos pacientes atendidos em uma UPA de um hospital do Rio Grande do Sul. De todos os pacientes que referiram dor como queixa principal, as dores mais frequentes foram nos membros, seguidas por "Dor lombar", "Cefaléia" e "Dor abdominal"⁽²⁾. Outro estudo apontou que "Cefaléia", "Dor lombar", "Dor torácica", "Dor em membros inferiores" e "dor de garganta" foram as queixas mais relatadas pelos pacientes que procuraram um serviço de emergência hospitalar⁽¹²⁾. A dor também representou a principal queixa dos pacientes em um Pronto Socorro de um Hospital de Minas Gerais, sendo que a "Cefaléia" e a "Dor abdominal" corresponderam a 31,5% do total das queixas apresentadas^(9,19). Em outro estudo realizado no mesmo serviço, os fluxogramas de dor torácica, dor abdominal, dor lombar, dor de garganta, dor testicular e cefaléia foram utilizados em 25,2% das classificações realizadas⁽¹⁵⁾. Estes achados reforçam a necessidade de capacitação dos enfermeiros para avaliar adequadamente a dor quanto à sua localização, intensidade, duração e tratamentos utilizados, bem como a necessidade de utilização de escalas que padronizem esta avaliação, de forma a diminuir os aspectos subjetivos que podem modificar o nível de dor atribuído ao paciente.

Chama atenção o fato de que, neste estudo, os pacientes classificados como laranja que corresponde ao segundo nível de gravidade apresentaram como queixa principal a "Dor Torácica". Estudo realizado com 332 pacientes com diagnóstico final de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) mostrou que 82,8% dos pacientes receberam o primeiro atendimento no tempo padrão estipulado (≤ 10 minutos). Destes, 95% dos pacientes foram classificados utilizando o fluxograma de "Dor Torácica" do protocolo de Manchester, em detrimento de 52% que foram classificados utilizando outros fluxogramas do mesmo protocolo. Assim, concluiu-se que pacientes com apresentação típica de IAM foram protegidos pelo protocolo de Manchester, uma vez que este possibilitou um atendimento mais rápido destes pacientes, resultando em maior chance de sobrevivência⁽²⁰⁾. Neste estudo não foi verificada a associação entre o fluxograma utilizado na classificação de risco e o diagnóstico médico recebido após classificação, e desconhecem-se estudos brasileiros publicados que tenham objetivado verificar esta associação. Sendo assim, recomenda-se a realização de

estudos com objetivos semelhantes, uma vez que os mesmos poderão contribuir para a validação clínica do protocolo de Manchester.

Percebeu-se que não houve avaliação de todos os dados vitais em todos os casos avaliados. Há escassez de estudos com rigor metodológico que demonstram associação entre sinais vitais à chegada ao serviço de urgência, e a necessidade de internação e mortalidade. Estudo publicado demonstrou a importância dos sinais vitais saturação de oxigênio e nível de consciência e outros fatores como a idade do paciente para prever a mortalidade durante a internação dos pacientes⁽¹⁷⁾.

A pressão arterial estava descrita em apenas dois (0,5%) prontuários cujos pacientes apresentavam hipertensão leve, conforme a classificação para esta doença estabelecida na literatura⁽²¹⁾. Uma revisão sistemática mostrou que a pressão arterial sistólica e o nível de consciência foram preditores de gravidade em protocolos de avaliação inicial ao paciente com trauma, e que estes dados devem ser avaliados para assegurar que diagnósticos e intervenções terapêuticas sejam iniciadas o mais precocemente possível. Pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, respiração e nível de consciência são usados para prever a necessidade de atendimento de emergência ou de neurocirurgia e mortalidade em 72 horas pós-lesão⁽²²⁾. Estes achados podem direcionar para uma necessidade de obrigatoriedade de mensuração dos sinais vitais dos pacientes, independente da queixa apresentada no momento da classificação de risco.

Cabe ressaltar que o protocolo de Manchester não exige a mensuração de todos os sinais vitais em todos os seus discriminadores, o que pode explicar a ausência do registro destes dados nos prontuários analisados. Contudo, ressalta-se a necessidade de outros estudos que visem investigar a existência de correlação entre o dado vital à chegada do serviço de urgência, e a evolução dos pacientes.

CONCLUSÃO

Os pacientes atendidos na classificação de risco apresentaram como queixas principais "Indisposição no adulto", "Problemas nos membros", "Dor abdominal", "Cefaléia", "Dor torácica" e "Dispnéia". Houve correlação inversa entre as variáveis "faixa etária" e "horário de

atendimento" e a variável "classificação de risco". Quanto maior a faixa etária do paciente, e mais tarde o horário de procura para atendimento, mais grave era sua condição clínica.

Os valores de frequência cardíaca, temperatura corporal, oximetria de pulso e escala de coma de Glasgow foram avaliados pelo enfermeiro classificador em 36,8% dos casos. Já a pressão arterial foi avaliada em menor número de pacientes, sendo que os fluxogramas usados nos casos em que a pressão arterial foi aferida não preconizavam tal conduta.

O estudo mostrou que a demanda clínica da UPA é composta por pacientes que poderiam procurar atendimento em unidades de menor complexidade, o que aponta para a necessidade de esclarecimento da população sobre a hierarquização e a atribuição de cada unidade que compõe a rede assistencial de urgência e emergência. Esta medida pode contribuir para reduzir custos e aumentar a eficiência dos serviços de urgência de maior complexidade.

Um dificultador do estudo foi a qualidade dos registros nos prontuários dos pacientes. A ausência de dados importantes (como a idade do paciente e registro dos sinais vitais) limitou a análise dos dados, impedindo que as análises destas variáveis possam ser generalizadas para outras populações. Assim, reforça-se a necessidade e importância dos registros do que a enfermagem identifica, trata e avalia nos pacientes, uma vez que estes registros, além de propiciar visibilidade ao saber da enfermagem, são importante fonte de dados para futuras pesquisas.

Recomenda-se que estudos sejam desenvolvidos para verificar a mudança de risco dos pacientes na sala de espera por meio da reavaliação preconizada pelo protocolo de Manchester, e para acompanhar a evolução clínica destes pacientes após a classificação de risco e consulta médica. Também é importante o desenvolvimento de estudos que testem a confiabilidade do protocolo de Manchester e sua adequação à realidade brasileira, bem como as dificuldades e facilidades percebidas pelos enfermeiros que atuam na classificação de risco, a fim de consolidar o conhecimento de enfermagem nesta área.

REFERÊNCIAS

1. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2014];18(2):266-72.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200009>.

2. Dal Ponte ST, Machado A, Dutra APG, Cardoso J, Lima R. Dor como queixa principal no serviço de pronto-atendimento do hospital municipal de São Pedro do Sul-RS. *Rev. dor* [Internet]. 2008 [acesso em: 30 jun 2014];9(4):1345-9. Disponível em:

- http://173.193.168.220/webcast/revistador/Dor/2008/volume_9/n%C3%BAmero_4/9_4_d.htm.
3. Olivati FN, Brandão GAM, Vazquez FL, Paranhos LR, Pereira AC. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. RFO UPF [Internet]. 2010 [acesso em: 30 jun 2014];15(3):247-52. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/view/1669>.
 4. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho Filho MA. Profile of the population cared for in a referral emergency unit. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2011 [acesso em: 30 jun 2014];19(3):548-56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300014>.
 5. Ministério da Saúde. acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em: 30 jun 2014]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf.
 6. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2013 [acesso em: 30 jun 2014];21(2):500-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200005>.
 7. Souza CC, Diniz AS, Silva LLT, Mata LRF, Chianca TCM. Nurses' perception about risk classification in emergency services. Invest Educ Enferm [Internet]. 2014 [acesso em: 30 jun 2014];32(1):78-86. Disponível em: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/18570>.
 8. Rossetti AC, Gaidzinski RR, Fugulin FMT. Nursing workload in the emergency department: a methodological proposal. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2013 [acesso em: 30 jun 2014];21(esp):225-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700028>.
 9. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2011 [acesso em: 30 jun 2014];19(1):26-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
 10. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de Classificação de Risco. 2ª ed. Brasil: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
 11. Forsgren S, Forsman B, Carlström ED. Working with Manchester triage -- job satisfaction in nursing. Int Emerg Nurs [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2014];17(4):226-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2009.03.008>.
 12. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad Saude Publica [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2014];25(7):1439-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002>.
 13. van der Wulp I, Schrijvers AJ, van Stel HF. Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study. Emerg Med J [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2014];26(7):506-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2008.063768>.
 14. Martins HM, Cuña LM, Freitas P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. Emerg Med J [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2014];26(3):183-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2008.060780>.
 15. Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2012 [acesso em: 30 jun 2014];20(6):1041-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600005>.
 16. Silva VPM, Silva AK, Heinisch RH, Heinisch LMM. Caracterização do perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. ACM arq. catarin. med [Internet]. 2007 [acesso em: 30 jun 2014];36(4):18-27. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/520.pdf>.
 17. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H et al. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. Scand J Trauma Resusc Emerg Med [Internet]. 2011 [acesso em: 30 jun 2014];19:42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1757-7241-19-42>.
 18. Simons DA. Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2008 [acesso em: 30 jun 2014]. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008simons-da.pdf>.
 19. Souza CC, Chianca LM, Diniz AS, Machado TCC. Main complaints of emergency patients according to the manchester protocol for risk classification. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2012 [acesso em: 30 jun 2014];6(3):540-8. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2207>,
 20. Providência R, Gomes PL, Barra S, Silva J, Seca L, Antunes A et al. Importance of Manchester Triage in acute myocardial infarction: impact on prognosis. Emerg Med J [Internet]. 2011 [acesso em: 30 jun 2014];28(3):212-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2009.081497>.
 21. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes [Internet]. Belo Horizonte: SAS/MG; 2006 [acesso em: 30 jun 2014] Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2119.pdf>.
 22. Rehn M, Perel P, Blackhall K, Lossius HM. Prognostic models for the early care of trauma patients: a systematic review. Scand J Trauma Resusc Emerg Med [Internet]. 2011 [acesso em: 30 jun 2014];19:17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1757-7241-19-17>.

Artigo recebido em 18/12/2012.

Aprovado para publicação em 06/03/2014.

Artigo publicado em 30/06/2014.