

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

No Brasil, a classificação mais comum é o Protocolo de Manchester.

Trata-se de um protocolo de seleção de pacientes adotado no mundo todo. Foi aplicado pela primeira vez na cidade de Manchester, na Inglaterra, em 1997 — e por isso tem esse nome. Ele é resultado do trabalho colaborativo de médicos e enfermeiros de 9 (nove) hospitais de Manchester, no Reino Unido, entre 1994 e 1995.

Na prática, é um método de triagem de pacientes que determina escalas de urgência, ou seja, os pacientes que necessitam de atendimento médico são classificados de acordo com a gravidade do quadro clínico apresentado e o tempo de espera recomendado.

O uso do protocolo de Manchester é importante para que os atendimentos sejam feitos no tempo que os pacientes realmente precisam. Em um hospital que recebe muitos pacientes, por exemplo, é fundamental ter um critério claro sobre quem deve ser atendido primeiro.

Desse modo, a fila de atendimento se torna mais organizada, ao mesmo tempo em que atende a todos conforme as suas necessidades. Além disso, o processo de atendimento fica mais previsível, facilitando o controle e a avaliação do desempenho da equipe.

Classificações do protocolo de Manchester

O protocolo de Manchester classifica os pacientes por meio de uma tabela de cores, em que cada cor representa o nível de gravidade dos sintomas. Confira a seguir:

- Vermelho: significa emergência. O paciente deve ser atendido imediatamente. São os casos em que o paciente apresenta risco de morte;
- Laranja: muito urgente. O paciente pode esperar no máximo 10 (dez) minutos para ser atendido. Aqui, o paciente também apresenta risco de morte, embora esteja um pouco mais estável que o anterior;
- Amarelo: casos urgentes, nos quais a gravidade é moderada. O tempo de espera pode ser de 50 minutos;
- Verde: pouco urgente, é indicado para os casos menos graves. O paciente pode esperar até 2 (duas) horas;
- Azul: não urgente. É a classificação mais baixa, que envolve problemas simples. Assim, o paciente pode esperar até 4 (quatro) horas. (BRASIL, 2014)

Atendimento - Classificação de Risco

VERMELHO = EMERGENTE = 0 min.	
LARANJA = MUITO URGENTE = 10 min.	
AMARELO = URGENTE = 60 min.	
VERDE = POUCO URGENTE = 120 min.	
AZUL = NÃO URGENTE = 240 min.	

* O TEMPO MÁXIMO DE ESPERA PARA OS PRAZOS DE ATENDIMENTO ESPECIFICADOS ACIMA É A PARTIR DA CLASSIFICAÇÃO.

* TRATA-SE DE PRAZO DE ATENDIMENTO MÁXIMO PODENDO OCORRER ATRASO NOS CASOS DE MENOR URGÊNCIA.

* ENTENDE-SE QUE PACIENTES CLASSIFICADOS COMO VERDE E AZUL PODEM SER ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PRÓXIMAS AO LOCAL DE SUA RESIDÊNCIA.

Fonte: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/voce-sabe-o-que-e-classificacao-de-risco>

Na classificação de risco o principal papel do enfermeiro é a correta atribuição de prioridades aos doentes, o profissional deve ser muito bom na classificação rápida, o que o torna excelente na rápida tomada de decisão e capacidade na delegação de tarefas para a equipe (JIMÉNEZ, 2003).

Para Jiménez (2003), os objetivos da classificação de risco segundo o protocolo de Manchester são:

- identificar o mais rápido possível os pacientes em situação de risco de morte.
- Determinar o local mais adequado para o tratamento do doente que necessita do serviço de emergência.
- Reduzir o número de pessoas nas áreas de tratamento do serviço de emergência, para melhoria do fluxo de pacientes.
- Garantir a reavaliação dos pacientes.
- Informar aos pacientes e famílias qual serviço ele necessita e o tempo estimado de espera.
- Assegurar as prioridades em função do nível de classificação.

- Contribuir com informações que ajudem a definir a complexidade do serviço, eficiência, consumo de recursos e satisfação do usuário.
- Priorizar o acesso ao atendimento e não fazer diagnóstico.

Uma parte importante do sistema de Manchester é a avaliação da dor.



A dor é uma avaliação importante, mas difícil, por compreender muitos aspectos tanto de expressão do paciente como de avaliação do enfermeiro que está fazendo a classificação.

A escala de dor de Manchester é numérica, visual e vai do zero ao dez, sendo o zero sem dor e o dez muita dor.

Cada número desta escala corresponde uma classificação de dor e uma prioridade;

- do 1 ao 4 uma dor leve e recente, com início até sete dias que corresponde à cor verde,
- do 5 ao 7 dor moderada acarretando assim a cor amarela ou grave
- de 8 a 10 dias com prioridade a cor laranja (COUTINHO; CECILIO e MOTA,2011).

Ao realizar a triagem conforme o protocolo de Manchester, é preciso de equipamentos para avaliar as condições dos pacientes. Eles são os seguintes:



FONTE: <https://enfermagemflorence.com.br/protocolo-de-manchester-o-que-e-e-como-funciona/>

- Estetoscópio;
- Termômetro;

- Esfigmomanômetro;
- Glicosímetro;
- Relógio – para medir a frequência cardíaca;
- Oxímetro;
- Prontuários;
- Pulseiras ou etiquetas com as cores do protocolo Manchester.

De acordo com a resolução N° 661/2021 do Conselho Federal de Enfermagem, a função de classificação de risco e priorização é privativa do enfermeiro.



FONTE: <https://enfermagemflorence.com.br/protocolo-de-manchester-o-que-e-e-como-funciona/>

Para executar o protocolo de Manchester, o profissional deve ter realizado um curso de capacitação específica para este sistema.

Além disso, para que os pacientes sejam atendidos com segurança, o enfermeiro em questão deve conseguir realizar os procedimentos com agilidade.

A ideia é atingir um tempo médio de 4 (quatro) minutos para cada classificação, com um limite de quinze classificações por hora.

O uso do protocolo de Manchester torna o atendimento dos serviços mais eficaz. Em um hospital com grande fluxo de pacientes, isso traz muitos benefícios para o gerenciamento dos atendimentos.

REFERENCIA BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de projeto de resolução “ Boas práticas para organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência”. Brasília. 2014. Link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO L. C. O.; MOTA, J. A. C.; Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de Manchester. Revista médica de Minas Gerais. v. 22.2, 2012. Link: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-684759>

Conselho federal de enfermagem (COFEN). RESOLUÇÃO COFEN Nº 661/2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Link: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html

JIMÉNEZ, J. G.; Clasificación de pacientes em losservicios de urgencias y emergencias: Haciaun modelo de triajeestructurado de urgencias y emergencias. Emergencias. 2003. v.15. p. 165-174. Link: file:///C:/Users/Isabel%20Ferreira/Downloads/Emergencias-2003_15_3_165-174-174.pdf