

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RÔMULO LIMA BARROSO DE QUEIROZ**

**O USO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NA ATENÇÃO BÁSICA  
E SUAS IMPLICAÇÕES.**

**GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS**

**2013**

RÔMULO LIMA BARROSO DE QUEIROZ

**O USO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NA ATENÇÃO BÁSICA  
E SUAS IMPLICAÇÕES.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Atenção Básica em Saúde da  
Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista.

Orientador: Prof. Antônio Thomaz  
Gonzaga da Matta-Machado

RÔMULO LIMA BARROSO DE QUEIROZ

**O USO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NA ATENÇÃO BÁSICA  
E SUAS IMPLICAÇÕES.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Atenção Básica em Saúde da  
Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista.

Orientador: Antônio Thomaz Gonzaga  
da Matta-Machado

Banca examinadora:

Prof. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta-Machado - Orientador  
Prof. Andréa Fonseca e Silva - Examinador  
Aprovada em Belo Horizonte: 07/12/2013

## DEDICATÓRIA

À Deus, Criador de todas as coisas, que sempre olhou por este teu  
filho.

À minha família, sempre presente.

Aos meus tutores Fernanda, Isolda e Thomaz que com toda  
sabedoria guiaram o meu caminho.

À minha namorada, Thatiane, que aceitou os finais de semana que  
estive ausente.

Às minhas colegas de viagem, Emanuela e Flávia, pela excelente  
companhia e incentivo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço

Ao meu orientador

À minha equipe do PSF Barreiro

## **EPÍGRAFE**

**“Mas os que esperam no Senhor retemperam a sua energia: tomam a envergadura das águias, lançam-se e não se fatigam, avançam e não fraquejam”.**

**Isaías 40, 31.**

## RESUMO

Este estudo teve por objetivo demonstrar as implicações do uso do Protocolo de Manchester em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de um município do interior de Minas Gerais. Trata-se de um relato de experiência, no qual foi avaliado o uso do método de Manchester no período compreendido entre maio e dezembro de 2012, onde foram avaliados pelo enfermeiro da unidade 256 triagens. Após seis meses da aplicação do Protocolo de Manchester foi possível identificar fatores positivos e negativos do seu uso na atenção primária à saúde. Conclui-se que o Protocolo de Manchester, por ter sido desenvolvido para ser utilizado nos serviços de emergência/urgência, apresenta uma série de fatores que dificultam o seu uso na atenção primária a saúde sendo necessárias adaptações para o seu uso eficaz nas unidades básicas.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Triagem. Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

The objective of this study has been demonstrate the results of use of Manchester Protocol on a unity of health basic care in a city in Minas Gerais. In this study, an experience report, the use of Manchester Protocol was evaluated for the nurse of the unity between May of 2012 and December of 2012, through 256 forms. After six months of use of Manchester Protocol forms was possible to identify positive and negative factors of its use in basic health care. In conclusion, Manchester Protocol, because his objective was used in emergency/urgency, presents many factors that difficult its use in basic health care, and changes are needed for its best use in that units.

**Keywords:** Family health. Triage. Primary Health Care.



## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

APS	Atenção Primária à Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CMS	Canal Minas Saúde
ESP	Escola de Saúde Pública
GBACR	Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleos de Assistência à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PFE	Pico de Fluxo Expiratório
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 RESULTADOS.....</b>	<b>17</b>
<b>3 CONCLUSÃO / RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

Presente na Constituição Federal de 1988 o direito à saúde é direito de todos e dever do estado, sendo esse um grande desafio do Sistema Único de Saúde – SUS. É inegável os avanços do sistema público de saúde brasileiro nas duas últimas décadas com aumento na cobertura dos serviços e melhora dos indicadores, porém essa universalização ainda não se concretizou plenamente. Pode ser visto nas portas de entrada dos serviços de saúde muitas queixas quanto à demora e falta de critérios para priorização no atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Reconhecendo estes problemas o Governo de Minas adotou em 2007 o Sistema de Triagem de Manchester, como um recurso para orientar os profissionais das portas de entrada a priorizar, segundo o risco, o atendimento aos usuários (TOLEDO, 2009). Nas unidades de atenção primária à saúde (UAPS) a proposta é que seja feito o acolhimento com classificação de risco, a todos os usuários que procuram o serviço por demanda espontânea. Entretanto os profissionais da atenção primária enfrentam dificuldades no uso dessa ferramenta dado que, o Protocolo de Manchester tem como principais objetivos facilitar a gestão clínica dos pacientes e a gestão do serviço de urgência, não tendo sido apresentada nenhuma adaptação para o seu uso na atenção primária.

Este trabalho se justifica por ser de grande relevância a classificação dos pacientes segundo a gravidade do quadro, priorizando o atendimento, o que minimiza o risco de agravamento dos quadros clínicos e agiliza o atendimento.

### **1.1 OBJETIVOS**

Objetivo geral:

Demonstrar as implicações do uso do Protocolo de Manchester em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.

Objetivos específicos:

- a) identificar aspectos positivos e negativos do uso do protocolo na APS,
- b) estabelecer critérios para a priorização no atendimento aos usuários.

## 1.2. MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo trata-se de um relato de experiência, ou seja, uma fonte de informação que consiste na coleta de depoimentos, registro de situações e casos relevantes que ocorram durante a implementação de um programa, projeto ou em uma dada situação problema (OPAS, 2013). De acordo com Boemer (1994) em torno de uma questão orientadora o pesquisador fará a descrição da experiência que ele experiencia diante de determinada situação.

Para a fundamentação teórica este relato foi fundamentado em buscas sobre os temas: Protocolo de Manchester e acolhimento com classificação de risco. O material utilizado foi coletado em livros, materiais da internet e artigos de periódicos. Foi feito acesso aos bancos de dados da rede mundial de computadores SciELO, Medline, Lilacs, e Bireme para ter acesso on-line às publicações.

A elaboração deste trabalho se deu a partir das experiências cotidianas do uso do Protocolo de Manchester em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde localizada na zona rural de Itabira no interior de Minas Gerais. A UAPS conta com um enfermeiro, um médico, dois auxiliares de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de consultório dentário e cinco agentes comunitários de saúde. A população da área de abrangência é de 2.400 habitantes.

Para o monitoramento dos pacientes que procuraram a unidade por demanda espontânea foi elaborado uma planilha com os seguintes dados: (i) nome do paciente; (ii) queixa principal; (iii) se foi ou não triado pelo sistema de Manchester, e se sim qual foi a cor da classificação. Os dados foram coletados entre os meses de maio a dezembro de 2012 com um total de 256 triagens nesse período, sendo que o primeiro dia em que utilizamos o Protocolo em nossa unidade foi no dia 28 de maio de 2012.

A análise do consolidado das planilhas será capaz de nos fornecer dados concretos de como a implantação do Protocolo nos auxiliou na priorização dos casos clínicos com base na metodologia de Manchester. Por meio de nossa vivência diária com a classificação de risco faremos a avaliação dos pontos positivos e negativos do uso desse método. Tudo isso nos dará um apanhado de como foi a implantação do Protocolo de Manchester em nossa unidade.

## 2 DESENVOLVIMENTO

Nas duas últimas décadas tem se destacado no cenário interno brasileiro a luta pela democratização no acesso aos serviços sociais e distribuição de renda e nesse contexto se destaca a universalização do acesso aos serviços de saúde bem como o atendimento resolutivo e eficiente dos problemas de saúde da população. Hoje se vê que a política de universalização do Sistema Único de Saúde – SUS se esbarra na balança desfavorável entre a crescente demanda por serviços de saúde e a baixa oferta desses serviços, o que associado à falta de investimentos geram gargalos nas portas de entrada tanto dos serviços de urgência/emergência quanto da atenção primária à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Portanto, é evidente, que essa discrepância entre a oferta dos serviços e a grande demanda por assistência acabe levando os profissionais a estabelecerem critérios na priorização do atendimento que não seguem os protocolos padronizados nos serviços de saúde, o que torna esse processo um ato subjetivo do profissional que o executa. De acordo com estudo realizado por Fortes; Zoboli e Spinetti (2001) em situação de recursos limitados parte dos estudantes de primeiro e de último ano em administração hospitalar pesquisados apontam para uma aceitação de critérios sociais como variáveis para a tomada de decisão na priorização do atendimento.

O desafio proposto pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS de afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética nos serviços de saúde no âmbito do SUS impele os profissionais de saúde a mudar o modo de operar as suas ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Para que se realize um atendimento humanizado nas portas de entrada dos serviços de saúde, com procedimentos padronizados executados pela equipe multiprofissional, embasados em protocolos institucionais que sirvam de apoio para a tomada de decisão clínica e que, principalmente, tenham o objetivo de romper com a lógica perversa de atendimento por ordem de chegada.

Essa necessidade de mudança de parâmetros no atendimento dos usuários associado às experiências exitosas do uso do Protocolo de Manchester em países como a Inglaterra, Portugal, Suécia, Holanda e Espanha (ESP-MG, 2009), fez com que a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais propusesse o uso do Sistema de Manchester nas portas de entrada dos serviços de urgência/emergência e nas unidades de atenção primária à saúde.

Em Minas Gerais, no início de 2007, o secretário adjunto da Secretaria Estadual de Saúde realizou visitas técnicas às cidades portuguesas de Coimbra, Lisboa e Porto para promover trocas de experiências entre o estado de Minas e Portugal com a cooperação do

Ministério da Saúde, tudo isso após a decisão pela implementação do protocolo de Manchester no Estado através do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco – GBACR (GBACR, 2007).

Após a aplicação exitosa do protocolo nas unidades de urgência/emergência do estado de Minas Gerais, expandiu-se o uso para a atenção primária em todas as unidades básicas do estado. Em 2010 a Comissão Intergestores Bipartite definiu o incentivo financeiro para a implantação do Protocolo de Classificação de Risco para os municípios mineiros, valor este, que foi utilizado para a aquisição dos equipamentos do posto de triagem nos pontos de atenção primária. O valor para a aquisição dos equipamentos foi repassado diretamente do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (MINAS GERAIS, 2010).

Após a aquisição dos equipamentos a SES-MG em parceria com o canal Minas Saúde promoveu o Curso de Capacitação em Classificação de Riscos em Urgência e Emergência à Distância – Sistema Manchester. O curso foi oferecido aos gestores, enfermeiros e médicos para capacitá-los na implantação do Sistema Manchester nas portas de atendimento de todo o Estado.

Em Itabira o curso foi oferecido aos enfermeiros e médicos lotados em todas as unidades básicas de saúde. Foi feito o cadastro dos profissionais pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS, no sítio do Canal Minas Saúde com a geração de login e senha para acesso individual pelos profissionais.

Com duração de 45h, o curso foi organizado em cinco unidades: História da Implementação da Classificação de Risco; O Processo de Tomada de Decisão e a Classificação de Risco; Método de Classificação de Risco; Avaliação da Dor na Classificação de Risco; e Classificação de Risco e Gestão de Doentes. Durante as aulas, tivemos acesso aos recursos multimídia, como material web, material impresso e fórum interativo, disponíveis no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), e vídeo-aulas, apresentadas no Canal Minas Saúde de TV, Rádio, Web e Educação a Distância (CMS-MG, 2013).

Para a emissão do certificado foi necessário a realização de uma prova on-line na sede da Gerência Regional de Saúde de Itabira. A prova consistia na avaliação de oito casos clínicos nos quais o profissional de saúde deveria fazer a classificação correta do paciente segundo os critérios do Protocolo de Manchester. A aprovação no curso diante de um bom aproveitamento na avaliação dos casos clínicos certificou os profissionais a executarem a classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester.

Com a capacitação dos profissionais e a certificação só faltava a implementação efetiva da metodologia de acolhimento com classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester.

Antes da implantação em todas as unidades de saúde, a Coordenação da Atenção Básica da SMS decidiu fazer um piloto em alguma unidade de saúde. A nossa unidade – PSF Barreiro foi a escolhida para ser o projeto piloto por se tratar de uma unidade com menos contingente populacional adscrito, estar com a equipe completa e por possuir médico e enfermeiro certificados como triadores pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Decididos pela implementação foi feita reunião com os profissionais da unidade e a coordenação para tratarmos dos procedimentos técnicos e materiais que seriam necessários para o atendimento à comunidade.

Por não termos as pulseiras coloridas para a identificação dos pacientes, ficou decidido que durante a triagem o enfermeiro classificaria o paciente e informaria qual a cor atribuída e anexaria um cartão com a cor correspondente ao prontuário para que o médico pudesse visualizar e priorizar os casos de acordo com a triagem do enfermeiro.

Uma falha na implementação do protocolo em nossa unidade e que não foi discutida em nenhum momento, trata-se do não envolvimento da comunidade nesse processo. Não foi informado à população sobre a data de início da classificação de risco, os parâmetros utilizados para a triagem e o tempo de espera máximo para cada cor. Essa falha poderia ter sido parcialmente solucionada com a confecção de um cartaz explicativo com os passos da triagem, a explicação das cores e o tempo de espera.

A nossa unidade de saúde, apesar da pequena população adscrita, possui uma imensa área territorial atendendo a diversas localidades (Morro do Chapéu, Candidópolis, Vista Alegre, Posto Agropecuário, Cedro, Barreiro de Baixo). E para aproximar a unidade da população o enfermeiro atende na localidade de Candidópolis toda terça-feira e o médico às quintas-feiras, o que desfalca a equipe na sede da unidade nos dois referidos dias. Entretanto para que se possa aplicar o Protocolo de Manchester é necessária a presença, simultânea, do médico e do enfermeiro, ou seja, isso só podia acontecer nas segundas, quartas e sextas-feiras na sede na unidade. Sendo que nos demais dias o atendimento dos usuários se dava prioritariamente por ordem de chegada.

O atendimento à demanda espontânea se concentrava nas manhãs dos três dias que a equipe estava completa e na sede, com uma média de 5,5 classificações por dia.

Esse pequeno quantitativo é resultado do trabalho de toda equipe com a comunidade local para que a busca pelo atendimento seja feito de forma eletiva, com o agendamento dos

pacientes para consultas de rotina de puericultura, pré-natal, acompanhamento de hipertensos, diabéticos e inserção nos demais programas de saúde existentes no município.

O processo de acolhimento e classificação de risco se dava da seguinte forma: os usuários chegavam até a recepção da unidade, se identificavam para a recepcionista que localizava o prontuário da família, preenchia o cadastro de atendimento e encaminhava o usuário para a sala de classificação.

Na primeira semana de atendimento verificamos que muitas queixas apresentadas pelos usuários eram resolvidas ali mesmo com a consulta de enfermagem ou poderiam aguardar agendamento para consulta médica. Ao se triar todos os pacientes e repassá-los automaticamente para a consulta com o médico houve uma sobrecarga deste profissional e não conseguíamos trabalhar com o agendamento dos pacientes no período da manhã.

A partir dessa constatação por toda equipe, reunimos com a equipe de Coordenação da Atenção Básica e discutimos o assunto até entramos no consenso de que após a consulta de enfermagem, caso fosse necessário o atendimento médico no mesmo dia, é que o usuário passaria pela triagem do Protocolo de Manchester.

Entendo que tal medida distorce os objetivos iniciais do Protocolo e que permanece o fator subjetivo na classificação de risco dos usuários. Porém no formato atual e sem nenhuma avaliação para o uso nas unidades básicas o Protocolo se mostra ineficaz para uma série de quadros que se apresentam na atenção primária nas quais o enfermeiro tem plena autonomia para solucionar a queixa, orientar o usuário ou agendar consulta médica para outra data. Além do mais, especialmente nas zonas rurais de nossos municípios, são frequentes os atendimentos de casos sociais. São usuários que somatizam os problemas vivenciados no dia a dia, a pobreza da vida afetiva e necessitam de uma conversa acolhedora e não somente medicação.

Tudo isso nos leva para a necessidade de avaliar o processo de saúde-doença sob o olhar da transdisciplinaridade, pois o adoecer é multifatorial, e reduzir a avaliação do usuário a sinais e sintomas em caráter emergencial não possibilitará a alteração de toda a estrutura que interfere no adoecer da população (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Ainda de acordo com Sánchez e Bertolozzi (2007, p. 321):

[...] a interpretação da saúde-doença, além de se apoiar nos processos de produção e de reprodução social, não deve descolar-se da dimensão subjetiva, que diz respeito às representações/significados que os indivíduos atribuem a fatos e à vida em si, o que acaba por refletir-se nos comportamentos e atitudes das pessoas.



## **2.1 RESULTADOS**

Após seis meses da aplicação do Protocolo de Manchester na unidade pudemos identificar os fatores positivos e negativos do seu uso na atenção primária à saúde. Os fatores dificultadores, se devem na maioria das vezes, ao fato do protocolo ter sido planejado inicialmente para classificar os pacientes que procuram atendimento nos pronto-atendimentos de urgência/emergência, não tendo ocorrido nenhuma adaptação para a atenção primária, que atende casos menos graves, pacientes crônicos e se guia, principalmente, pelas diretrizes e cadernos da atenção básicas propostos pelo Ministério da Saúde que tem como eixo principal o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

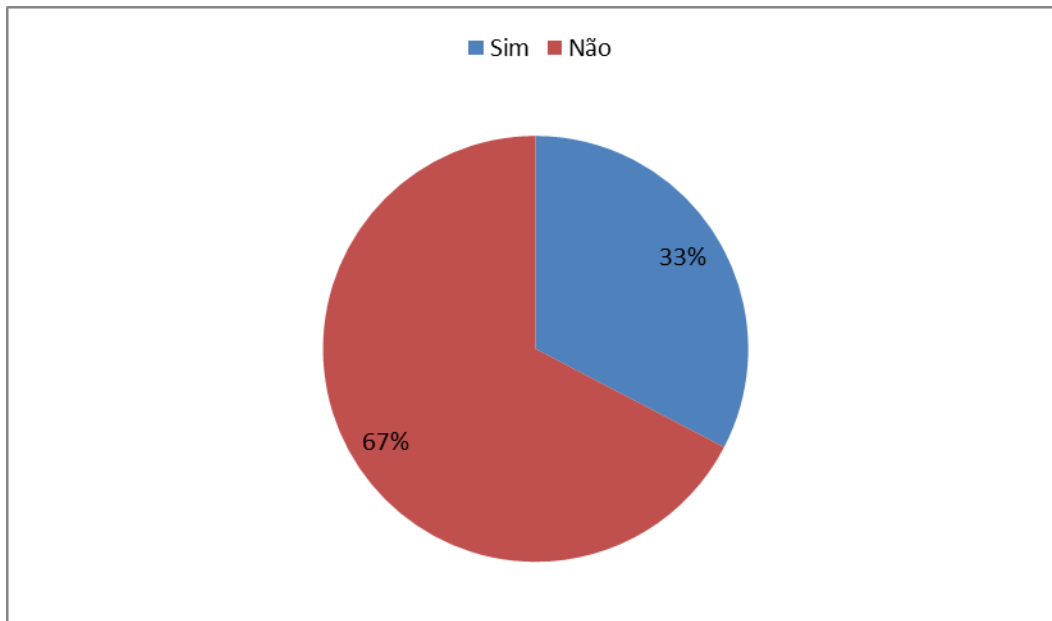
Os dados coletados nos seis primeiros meses de uso do protocolo em nossa unidade estão consolidados na planilha abaixo e nos gráficos subsequentes:

Tabela 1 : Planilha - Classificação de Risco Protocolo de Manchester - PSF Barreiro - Maio à Dezembro de 2012

Mês	Triagem					Classificação											
	Sim		Não		Total	Vermelho		Laranja		Amarelo		Verde		Azul		Sem fluxograma correspondente	
	Percentual	n	Percentual	n		Percentual	n	Percentual	n	Percentual	n	Percentual	n	Percentual	n	Percentual	n
Maio	42,86	6	57,14	8	14	0	0	0,00	0	33,33	2	50,00	3	16,67	1	0,00	0
Junho	37,93	11	62,07	18	29	0	0	0,00	0	27,27	3	72,73	8	0,00	0	0,00	0
Julho	30,00	18	70,00	42	60	0	0	5,56	1	11,11	2	50,00	9	27,78	5	5,56	1
Agosto	32,00	8	68,00	17	25	0	0	0,00	0	12,50	1	37,50	3	50,00	4	0,00	0
Setembro	70,00	7	30,00	3	10	0	0	0,00	0	14,29	1	57,14	4	14,29	1	14,29	1
Outubro	30,00	9	70,00	21	30	0	0	0,00	0	0,00	0	100,00	9	0,00	0	0,00	0
Novembro	16,67	3	83,33	15	18	0	0	0,00	0	0,00	0	100,00	3	0,00	0	0,00	0
Dezembro	14,29	1	85,71	6	7	0	0	0,00	0	100,00	1	0,00	0	0,00	0	0,00	0
Total	32,64	63	67,36	130	193	0	0	1,59	1	15,87	10	61,90	39	17,46	11	3,17	2

Fonte: autoria própria

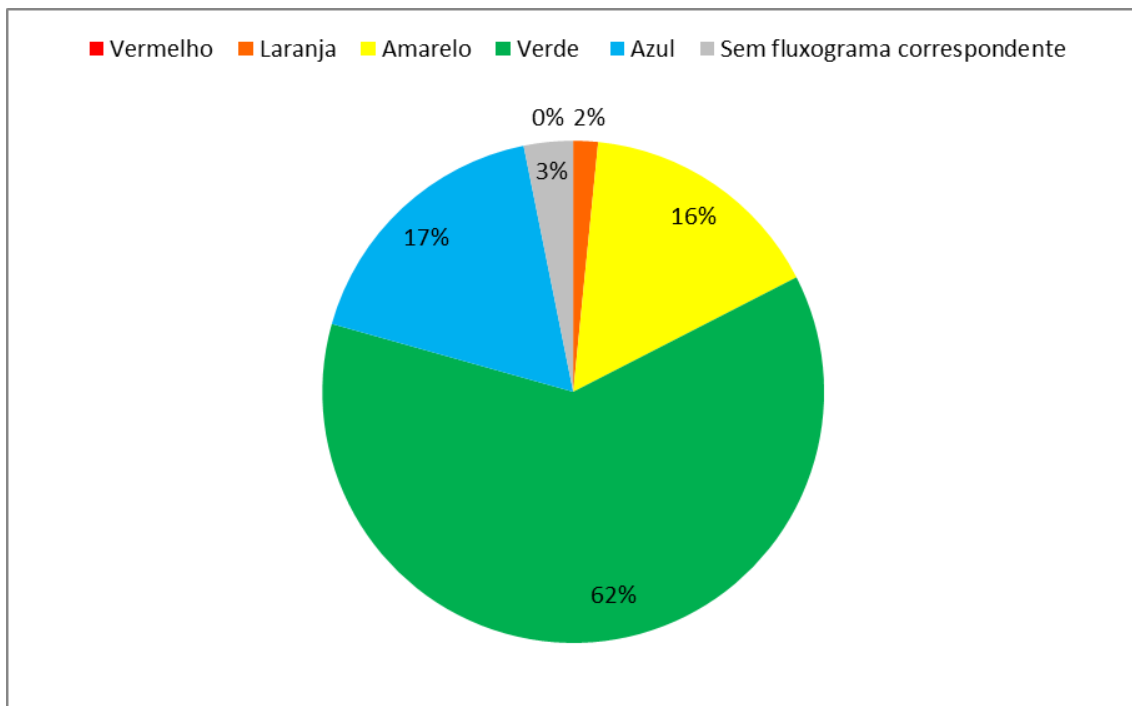
Gráfico 1 – Pacientes triados pela Classificação de Risco – Protocolo de Manchester – Maio à Dezembro de 2012 – PSF Barreiro



Fonte: autoria própria

Em relação ao total de pacientes que procuraram atendimento por demanda espontânea na Unidade de Atenção Primária à Saúde no período de levantamento dos dados, apenas um terço passou pela classificação de risco e foram enviados para consulta médica. Se fôssemos encaminhar todos os usuários para a consulta médica isso geraria uma sobrecarga na agenda do profissional que, provavelmente, não conseguiria atender aos pacientes com consultas eletivas agendadas.

Gráfico 2 – Resultado classificação de risco – Protocolo de Manchester – Maio à Dezembro de 2012 – PSF Barreiro



Fonte: autoria própria

Dentre os 33% dos pacientes que passaram pela classificação de risco, não tivemos nenhum paciente classificado como vermelho que necessitasse de atendimento imediato. Apenas um paciente foi classificado com a cor laranja necessitando de atendimento o mais prontamente possível. Com a classificação urgente – cor amarela, foram classificados 16% dos pacientes, esses casos não são considerados emergência, pois possuem condições clínicas para aguardar e o tempo máximo de espera para consulta médica é de 60 minutos. O maior percentual de pacientes classificados foi com a cor verde – 62%. Esses pacientes são considerados casos pouco urgentes, que exigem consulta médica, entretanto podem aguardar atendimento em até 120 minutos. Com a cor azul foram classificados 17% dos pacientes, ou seja, esses usuários são casos de menor complexidade e sem problemas recentes, e que, em discussão na equipe, verificamos que são queixas crônicas e poderia ter a consulta agendada para outro dia ou até mesmo no período da tarde no mesmo dia. Também tivemos dois casos clínicos que não conseguimos encontrar um fluxograma em que encaixasse a queixa do paciente como por exemplo lesão não dolorosa em couro cabeludo. Outro ponto observado na aplicação do Protocolo de Manchester é que nos fluxogramas em que era exigido o Pico de Fluxo Expiratório – PFE, não nos foi dado nenhum equipamento para a verificação da PFE e não há como avançar na classificação sem o preenchimento de todos os dados, o que impossibilita que a classificação seja feita.

Diante de nossa vivência, após seis meses de uso, identificamos os principais fatores facilitadores e dificultadores, que estão listados abaixo.

Fatores facilitadores:

1. O aparelho disponibilizado com tela sensível ao toque e com os 52 fluxogramas agiliza a triagem e diminui o tempo gasto para a classificação do paciente.
2. No caso de termos mais de um paciente que demande atendimento médico, o protocolo se mostra eficaz na priorização do atendimento de acordo com o quadro clínico.

Fatores dificultadores:

1. Segundo o Protocolo de Manchester todo usuário que procura atendimento deverá ser classificado e encaminhado para consulta médica. O que centra o atendimento na figura desse profissional em detrimento das outras classes profissionais que exercem funções importantíssimas nas unidades de atenção primária e também nos Núcleos de Assistência à Saúde da Família- NASF, tais como fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, educadores físicos e odontólogos.
2. O tempo máximo de espera para o atendimento do usuário para consulta com o médico é de 240 minutos quando ele é classificado na cor azul, pois o paciente é considerado com um caso de menor complexidade e sem problemas recentes. Porém faz parte dos indicadores da atenção básica a redução da demanda espontânea com vistas a promover um atendimento eletivo com o agendamento das consultas, algo que poderia, perfeitamente, ocorrer com o paciente classificado como azul e que é impossibilitado pelo uso do Protocolo de Manchester.
3. Com o encaminhamento de todos os usuários para o profissional médico há uma sobrecarga de trabalho e uma consequente insatisfação desse profissional, o que leva a pedido de transferências e diminui ainda mais a fixação do médico nas UAPS.
4. O Protocolo retira a autonomia do profissional enfermeiro na execução de suas ações previstas na Lei do exercício profissional e nos protocolos municipais.
5. A classificação de risco não resolve o problema da demanda exagerada. Em unidades com um número elevado de atendimentos gerados por demanda espontânea o tempo máximo de espera para consulta médica poderá não ser respeitado pelo excesso de consultas que devem ser realizadas. E na maioria das vezes o protocolo é implementado sem a efetiva comunicação com os demais serviços de

emergência/urgência como Prontos-Socorros e SAMU, ficando a UAPS sem nenhuma retaguarda para o atendimento aos casos graves.

6. O protocolo é baseado apenas na queixa conduta, o que vai de encontro ao princípio do SUS da integralidade, o que, também foge ao objetivo primordial da atenção primária.
7. No atendimento nas UAPS nos deparamos com várias queixas com um substrato social o que não considerado pelo Protocolo de Manchester.
8. O Manchester é centrado na doença e tira o foco do pessoal, trazendo desumanização da subjetividade da narrativa do usuário, em prol de um protocolo informatizado.

### **3 CONCLUSÃO / RECOMENDAÇÕES**

A atenção primária tem como política a humanização do atendimento, a escuta qualificada e o atendimento integral do usuário considerando-o como sujeito biopsicossocial e isso não pode ser feito com a classificação de risco por meio do Protocolo de Manchester, pois o protocolo é baseado em sinais e sintomas e não no sujeito com um todo.

O Protocolo de Manchester, por ter sido desenvolvido para ser utilizado nos serviços de emergência/urgência, apresenta uma série de fatores que dificultam o seu uso na atenção primária à saúde sendo necessárias adaptações para o seu uso eficaz nas unidades básicas.

Portanto fica evidente a necessidade de adaptação do protocolo para que os triadores tenham a autonomia de agendar a consulta médica para outro dia e que haja a possibilidade para que os fluxos padronizados nos protocolos do Ministério da Saúde e dos municípios possam ser aplicados durante o atendimento.

## REFERÊNCIAS

BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev. latino-am. enfermagem** – Ribeirão Preto – v. 2 – n. 1 – p. 83-94 – janeiro 1994.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Curso Sistema Manchester. Belo Horizonte; 2013. Disponível em: <http://www.cosemsg.org.br/index.php/ultimasnoticias/852-curso-sistema-manchester>. Acesso em 10 abr. 2013.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS. Protocolo de Manchester. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/destaques/protocolo-de-manchester>. Acesso em: 25 maio 2013.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P.; SPINETTI, S. R. Critérios Sociais na seleção de pacientes em serviços de emergência. **Rev Saúde Pública** 2001; 35: 451-5.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. História da classificação de risco em Minas Gerais. Belo Horizonte; 2007. Disponível em: [http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=76&Itemid=110](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=76&Itemid=110). Acesso em 15 maio 2013.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 674, de 19 de maio 2010**. Altera o anexo único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 603, de 09 de dezembro de 2009 e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais. 2010 maio 19. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/cib>. Acesso em 15 maio 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 56 p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Bireme define metodologia para “Relatos de Experiências”. Disponível em: [http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com\\_content&view=article&id=156%3Abireme-define-metodologia-para-qrelato-de-experienciasq&catid=15%3Aops-wdc&Itemid=73&lang=pt](http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=156%3Abireme-define-metodologia-para-qrelato-de-experienciasq&catid=15%3Aops-wdc&Itemid=73&lang=pt). Acesso em 17 de set. 2013.

TOLEDO, A. D. Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte (Dissertação). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2009.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Rev Ciências & Saúde Coletiva** 2007; 12: 319-24.