

## **PROTOCOLO DE MANCHESTER EM PAUTA: COMO ESTE ABORDA AS QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL?<sup>1</sup>**

### *THE MANCHESTER PROTOCOL: HOW DOES IT APPROACH THE MENTAL HEALTH ISSUES?*

**André Luis Volmer<sup>2</sup> e Cesar Augusto Nunes Bridi Filho<sup>3</sup>**

#### **RESUMO**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que os transtornos mentais serão a segunda maior causa de adoecimento a partir de 2020. Em virtude disso, observa-se a importância da adequação dos serviços de saúde relativa ao acolhimento de demandas de saúde mental, bem como o dispositivo utilizado para esse processo. Este estudo teve como objetivo verificar como são avaliados os aspectos subjetivos de pessoas em sofrimento psíquico em situação de crise, a partir dos critérios de classificação de risco do Protocolo de Manchester. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa de caráter bibliográfico, realizada em plataforma online no período entre setembro a outubro de 2016. O critério de inclusão foi de corte cronológico, utilizando-se artigos, teses e dissertações publicados nos últimos cinco anos. Optou-se pela técnica de análise de conteúdo, resultando em quatro categorias temáticas emergentes. Os resultados evidenciaram que os critérios referentes à saúde mental, abordados pelo Sistema de Triagem de Manchester (STM), não contemplam todos os aspectos no sentido multifatorial de formação, constituição e adoecimento dos sujeitos. Todavia, os critérios abordam como caráter primário os sintomas expressos pela via do corpo. Nesse sentido, os desafios perpassam a lógica rígida do protocolo e adentram no universo do acolhimento humanizado, favorecendo vínculo, encaminhamento, articulação da rede de saúde e acompanhamento de casos.

**Palavras-chave:** classificação de risco, crise psíquica, subjetividade.

#### **ABSTRACT**

*The World Health Organization (WHO, 2001) emphasizes that the mental disorders will be the second major cause of illness from 2020 on. As a result, it is observed the importance of the adequacy of health services regarding the reception of mental health demands, as well as the device used for this process. This study aimed to verify how the subjective aspects of people in psychological distress in a crisis situation are evaluated, based on the risk classification criteria of the Manchester Protocol. This is a qualitative study of a bibliographic character, carried out in an online platform between September and October 2016. The inclusion criterion was chronological, using articles, theses and dissertations published in the last 5 years. We opted for the technique of content analysis, resulting in four emerging thematic categories. The results showed that the mental health criteria addressed by the Manchester Screening System (MTS) do not cover all aspects in the multifactorial formation, constitution and sickening of the subjects. However, the criteria address the symptoms expressed by the body pathway as the primary character. In this sense, the challenges permeate the rigid logic of the protocol and enter the universe of the humanized host, favoring linkage, referral, articulation of the health network and case follow-up.*

**Keywords:** risk rating, psychic crisis, subjectivity.

---

<sup>1</sup> Trabalho de Conclusão de Curso - TCC.

<sup>2</sup> Acadêmico do curso de Psicologia - FISMA. E-mail: andre\_luisvolmer@hotmail.com

<sup>3</sup> Orientador. Docente do curso de Psicologia - FISMA. E-mail: bridifilho@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Na atualidade, os agravos mentais estão aumentando. Logo, no contexto prático, as Unidades de Saúde (US), deparam-se com demandas de caráter mais subjetivo. Assim, torna-se relevante olhar para o sistema de saúde, a fim de compreender quais dispositivos são utilizados para atender tais demandas. Nesse sentido, cabe o seguinte questionamento: como são atendidas e classificadas as crises psíquicas, que chegam às portas de entrada do sistema de saúde? (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

No Brasil, o atendimento da crise em saúde mental “é um dos problemas mais evidentes e de difícil manejo para as equipes de saúde” (DIMENSTEIN et al., 2012, p. 97). O entrave se dá na dificuldade de se estabelecer critérios claros para a validação e, até mesmo, na falta de uma regulação adequada para o atendimento ao usuário em crise, que garanta o acesso a uma atenção de qualidade e que respeite os direitos dos usuários.

Este estudo cumpre a função de olhar para o Sistema de Triagem de Manchester (STM), cujas US iniciaram sua implementação em 2008, com o consentimento do Ministério da Saúde e, até o ano de 2018, todas as US deverão implementá-lo como protocolo padrão. Esse Protocolo possui a finalidade de classificar o risco de vida e orientar demandas urgentes e emergentes, que guia a decisão dos profissionais de saúde na priorização do atendimento aos usuários (COUTINHO et al., 2012; GBCR, 2009).

O STM estabelece a classificação de risco em cinco níveis: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Para cada categoria, existe um tempo e um alvo de atendimento, que são, respectivamente, 0, 10, 60, 120 e 240 minutos. Assim, é organizado o atendimento de forma que usuários com sinais de gravidade tenham prioridade no atendimento (CAMPO JÚNIOR; AMARANTE, 2015; FREITAS, 2002).

Assim, neste estudo, teve-se como objetivo analisar produções científicas a fim de problematizar uma visão mais ampla de como o Protocolo de Manchester orienta o acolhimento e a triagem às demandas de saúde mental no contexto das unidades de saúde. A partir dessa revisão, serão propostas estratégias de acolhimento para além do Protocolo de Manchester, bem como reflexões sobre a compreensão do fenômeno da crise psíquica, a fim de que os profissionais da saúde possam atender de forma mais humanizada e acolhedora essas demandas do âmbito mental.

## MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo de caráter bibliográfico, o qual explica um tema ou problema com base em referências teóricas já elaboradas e publicadas, na busca de analisar e compreender outras pesquisas científicas existentes (GIL, 2010). Para o desenvolvimento do presente estudo, foi utilizada a abordagem qualitativa exploratória. A pesquisa exploratória tem por finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema de pesquisa, que se pretende explicitar (GIL, 2008).

O levantamento bibliográfico foi realizado em plataformas eletrônicas, no qual se utilizou das seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Portal da Capes, e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Também foi realizada a busca no Google Acadêmico.

Nessas plataformas, devido aos poucos estudos publicados, foram pesquisados os termos: “protocolo de Manchester”, “subjetividade”, “crise”, “doença mental”, “sofrimento psíquico” e “psicologia”. Visou-se sanar o problema de pesquisa cujos objetivos se propuseram responder. Analisaram-se artigos, monografias, dissertações e teses, publicados na literatura nacional, cujo foco tenha sido o estudo da verificação da relação entre os aspectos subjetivos de pessoas em crise psíquica e os critérios de classificação de risco do Protocolo de Manchester, realizados com adultos, publicados entre os anos de 2011 a 2015.

Na busca *online*, encontraram-se 86 estudos. Após a leitura dos títulos dos trabalhos, foram excluídos 68, pois não abrangiam aspectos aos quais esta pesquisa se propôs. Foram lidos 18 resumos na íntegra, em que 14 estudos fizeram parte da amostra final. Os outros quatro foram excluídos, pois, também, não focalizavam os aspectos pretendidos.

Percebe-se que o Brasil possui uma produção incipiente no que se refere à realização de pesquisas que tenham por objetivo confrontar os critérios de avaliação de risco do protocolo de Manchester e a subjetividade de sujeitos em crise psíquica, embora seja esse o protocolo utilizado na maioria dos estados brasileiros para estratificar o risco clínico de pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência (GBCR, 2009). No entanto, não houve estudos que abordassem de forma direta os objetivos desta pesquisa, todavia todo o *corpus* da pesquisa foi organizado de forma aproximada com os objetivos.

Dos 14 estudos selecionados, um (7,1%) foi publicado no ano de 2011, três (21,3%) em 2012, quatro (28,6%) em 2013, dois (14,3%) em 2014, quatro (28,6%) em 2015 e nenhum estudo no ano de 2010. Os dados, apesar de não estarem vinculados diretamente ao tema da pesquisa, demonstram a crescente preocupação de estudos acerca do Protocolo de Manchester e sua aplicabilidade nos últimos cinco anos (14 - 100%).

Quanto à origem dos estudos, dois (14,3%) foram realizados no estado de São Paulo, oito (57,1%) em Minas Gerais, três (21,5%) em Santa Catarina e um (7,1%) no Rio Grande do Sul. Esses dados apontam para uma produção concentrada na região Sudeste do Brasil com a publicação de dez (71,43%) do representante e quatro (28,57%) na região Sul. Tal aspecto evidencia-se por ter sido o estado de Minas Gerais o primeiro a implementar e divulgar a ferramenta de Manchester aos demais estados. Neste estado, no final de 2007, foi criado o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) e divulgado com maior amplitude a nível nacional no ano de 2008.

No que se refere à área de conhecimento do periódico em que os artigos foram publicados, a maioria (nove - 64,2%) foi publicada em periódicos da área da enfermagem, cinco (35,2%) em

periódicos da abrangência multidisciplinar. Todavia, os resultados demonstram que a área da enfermagem tomou para si a responsabilidade no que se refere ao processo de acolhimento e de classificação de risco.

Para análise do material, criou-se uma categorização dos dados pela técnica de análise de conteúdo, que implica em classificar os elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento em categorias, segundo a analogia entre os elementos encontrados. As categorias, portanto, são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos com caracteres comuns sob um título genérico (BARDIN, 2011).

Assim, este estudo abordou a construção de quatro categorias temáticas. As categorias surgiram através da leitura emergente, as quais foram reagrupadas mediante identificação de elementos comuns nas escritas, bem como aspectos considerados ímpares, que se mostraram úteis e significativos para a compreensão almejada deste estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **PROTOCOLO DE MANCHESTER: TRIAGEM OU ACOLHIMENTO?**

Cabe destacar que se faz necessário a compreensão e a diferenciação entre a utilização dos termos acolhimento e triagem empregados nesta pesquisa (DIAZ, 2016; PAULON et al., 2012). No que tange aos resultados, percebe-se que tal confusão para o uso prático dos termos se deu a partir de 2004, quando foi idealizado pela Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004) o Serviço de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). Tal proposta teve por objetivo estabelecer novas formas de atuação em saúde, proporcionando atenção resolutiva, humanizada e acolhedora (BRASIL, 2006; 2009).

Ao se colocar em ênfase o Protocolo de Manchester, devemos indagar sobre o que este preconiza: acolhimento ou triagem? A esse respeito, através da análise do protocolo, verificou-se, durante seu corpo de apresentação textual, o trato referente a um processo de triagem. Não há referência ao longo do respectivo documento à palavra acolhimento, no entanto, refere que a triagem serve para “classificar e escolher” (GBCR, 2009).

Dessa forma, o termo triagem remete a uma construção lógica já aplicada pelos militares, no qual, a prática de suas ações restringia-se a uma simples pergunta: quem continua ou não na batalha? (GBCR, 2009; PAULON et al., 2012). A analogia em destaque com a linguagem militar transcende a origem do termo na lógica militar e concretiza-se nos espaços de saúde, principalmente, os de urgência e emergência.

A rapidez na triagem, segundo Paulon et al. (2012, p. 76), “serve somente para devolver os indivíduos às batalhas de suas vidas imersas num capitalismo produtivista, servindo mais à continuidade de um funcionamento social e econômico instituído do que à proteção e cuidado da vida”.

Ressalta-se ainda que a triagem possa abranger realização de entrevista, resposta a uma preocupação, divisão e classificação sintomas, no qual dispõe de um rápido tratamento (DIAZ, 2016).

O modo de acolhimento, na teoria, menciona uma visão ampliada e abrangente a vários aspectos, principalmente, aos que condizem com o plano de humanização, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, no campo prático, a realidade e o fazer diário relacionam-se ao entrecruzamento de planos diferenciados, “campo de tensão entre formas e forças que se processam e que produzem desvios à medida que os encontros de cuidado acontecem em ato” (PAULON et al., 2012, p. 75).

Segundo Diaz (2016, p. 18), “acolher significa receber bem, com atenção, tempo e disponibilidade para escutar e valorizar as particularidades de cada caso”. Segundo Mangia et al. (2012), o qual foi reforçado por Franco, Bueno e Merhy (2010), o acolhimento propõe, principalmente, reorganizar os serviços, no sentido da garantia do acesso universal, a resolutividade e do atendimento humanizado, ao contrário da triagem que vai desumanizar e limitar as consultas médicas (DIAZ, 2016).

O Protocolo de Manchester é referência e, segundo o GBCR (2009), é uma ferramenta de acolhimento e/ou triagem. Até 2018, todas as unidades de saúde deverão implementá-lo, contudo, cabe uma reflexão: como as questões da saúde mental são orientadas e classificadas por seus critérios? Paulon et al., (2012) destacam que o atendimento às demandas de saúde mental nos espaços de saúde, principalmente os de urgência e de emergência, apresentam uma indiscernibilidade quanto às práticas de acolhimento, todavia o que se pratica é a triagem, ou seja, separa-se por grau de gravidade e de demanda.

Este fato ocorre porque o próprio Protocolo de Manchester orienta uma abordagem rígida, que preconiza um “olhar aos aspectos físicos mensuráveis” (PAULON et al., 2012 p. 76), e focaliza-se o cuidado em um saber individualizado, que pode ser denominado tecnologia leve/dura (MERHY, 2002). Tal tecnologia abrange saberes bem estruturados que são dispositivos do processo de trabalho em saúde, como os protocolos da medicina, o *setting* da clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo que individualizam o sujeito, fragmentando-o, em que os aspectos objetivos, possuem valor de peso mais preponderante sobre os que não se veem (aspectos subjetivos) (MARTINS, 2012; PAULON et al., 2012; PEREIRA, 2015).

Os estudos revelam que a prática mediante os critérios implicados pelo viés do Protocolo de Manchester durante a triagem, apontam um mecanismo de atos, no qual se torna rotineiro e mecânico o processo, tornando-o repetitivo. Esse processo, ressaltando as demandas mentais, deveria ser um processo de acolhimento, abrangente e sensível (MARTINS, 2012; PAULON et al., 2012). Todavia, os profissionais da saúde, que são responsáveis pelo acolhimento e pela triagem guiados pelo protocolo, ficam aliviados quando não precisam submeter-se aos mesmos, pois sentem-se presos a sua subjetividade, a subjetividade do outro demandante e aos critérios do próprio protocolo (CAÇADOR et al., 2015; PAULON et al., 2012). Assim, na maioria dos estudos, os profissionais referem preferir às máquinas, tais como as de raio X, tecnologia dura, do que estar diante do outro nas linhas de frente no trabalho e no acolhimento das demandas em saúde que por muitas das vezes

exigem esvaziamento de subjetividade e da carga emocional atrelada ao campo do psicossocial do usuário (GUEDES, 2014; MERHY, 2002; MOREIRA, 2014; PAULON et al., 2012).

## O PROTOCOLO E A SAÚDE MENTAL

As demandas de saúde mental, segundo Martins (2012) e Moreira (2014), deveriam ser atendidas na atenção básica à saúde (serviços primários), justamente pelo número de situações e comprometimento à saúde dos sujeitos relacionados às respectivas demandas (CAMPOS JUNIOR; AMARANTE, 2015). Todavia, nos momentos de crise com agravos à saúde mental, os sujeitos são acolhidos nas unidades de urgência e emergência. Caetano (2013) destaca que apesar de se ter noções e reconhecimento que as demandas abarcam questões de caráter multifatorial, tais unidades de saúde ainda trabalham de forma tradicional, abordando o foco pautado em ações e práticas na queixa clínica, “focando no atendimento destas e muitas vezes sem resolutividade, pois o sujeito retorna aos serviços com as mesmas necessidades e por vezes desconsidera-se os motivos reais que contribuem ou determinam seu retorno” (p. 9).

Ao considerar as competências do Protocolo de Manchester sobre a maneira com que esse orienta para a classificação dos agravos a saúde de sujeitos que buscam atendimento da lógica subjetiva, pode-se destacar que o protocolo se torna falho por focar na queixa-conduta, reduzindo o acolhimento a questões diretivas e clínicas, proporcionando a formação de serviços de saúde reducionista, focados no corpo doente (CAETANO, 2013). O mesmo autor destaca que o tratamento e a classificação de risco nas emergências são influenciados não de acordo com a situação de saúde dos sujeitos, mas conforme o nível socioeconômico e os problemas apresentados, tais como demandas de saúde mental e alcoolismo.

Caetano (2013), destaca que pacientes com agravos de caráter mais subjetivo ou até mesmo de embriagues alcóolica, antes de serem submetidos aos critérios avaliativos do protocolo, já são rotulados e estigmatizados por um olhar discriminador e preconceituoso por parte dos profissionais da saúde, no qual consideram os sujeitos não mais como pacientes, mas como condição de problema. Assim, deixa-se de classificar o sujeito de forma correta e segundo sua demanda não o categorizando como urgente ou emergente. Tal aspecto, no entanto, desconsidera o estado de sofrimento dos sujeitos, acarretando um tempo maior de espera e a corroboração para o sujeito atingir novamente pontos críticos que o direcionarão a uma nova crise.

Dessa forma, pode-se afirmar que os critérios que classificam o caso do sujeito como urgente ou emergente estão muito ligados a fatores nosológicos (orgânicos). Todavia, o STM amarra uma avaliação com o olhar para aquilo que é eminente e exposto pela via do corpo do sujeito, o que proporciona a negligência de aspectos de maior amplitude. Logo, perde-se espaço para a construção de vínculo, no qual poderia se ter maior compreensão dos casos e das demandas, olhando para o sujeito

não como uma máquina que expressa sintomas, mas como um ser digno de fala, que tem o direito de ser escutado e que se sente acolhido à medida que busca auxílio para a sua causa (PAULON et al., 2012).

Cabe ressaltar que os aspectos relativos à subjetividade dos sujeitos possui valor secundário, levando-se em consideração que os aspectos orgânicos/clínicos se sobressaem durante o processo de triagem. Todavia, apesar de se ter diversos fluxogramas, das mais variadas demandas e causas de sintomatologia, o Protocolo de Manchester possui apenas três dos cinquenta e dois fluxos que consideram avaliações tanto orgânica quanto psíquica. Dentre eles, pode-se destacar o Fluxo 03 (Alteração de comportamento), Fluxo 05 (Autoagressão) e Fluxo 17 (Doença mental) (GBCR, 2009; TEIXEIRA et al., 2014). Porém, dificilmente os sujeitos são classificados por estes fluxos, principalmente pela resistência das equipes de saúde e pelo rol de estigma já instaurado em torno das questões e dos agravos subjetivos dos sujeitos.

Observa-se que a classificação de risco dos três fluxos acima mencionados apresenta classificação de risco no mínimo verde, ou seja, pouco urgente. No entanto, muitas vezes o sinal vital dos usuários em sofrimento psíquico encontra-se estável e seu estado de sofrimento não é considerado justamente por se acreditar que o sofrer psíquico é menos agravante que qualquer outro sofrimento da ordem orgânica (MARTINS, 2012).

Assim, as unidades de saúde operam sob tensão, em que se pretende sufocar todo e qualquer ato que possa desencadear risco, trabalham sempre com agilidade na procura de amenizar ou anestesiá-lo o imprevisível, de forma a não perder o controle e favorecer o cuidado à saúde (PAULON et al., 2012). Cabe a compreensão sobre os aspectos que deram origem a urgência e a emergência. Desse modo, destaca-se a resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1451/95 para os conceitos que são adotados na linguagem médica no Brasil. Urgência é a “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. Emergência aparece como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”.

A emergência legítima é aquela pautada basicamente no quadro clínico. Segundo Caetano (2013), classificar o sujeito no quadro urgente ou emergente olhando para todas as questões de formação e de influência sobre este sujeito e sua condição de agravo é uma tarefa de difícil posicionamento. Assim, acaba por se “adotar definições de emergências reais”, no qual “a subjetividade é própria do leigo, e reforça que as definições médicas tentam estabelecer que existe uma urgência/emergência cuja existência é determinada a partir de elementos objetivos” (p. 11). Assim, a mesma autora retrata que a “verdadeira urgência” acaba sendo designada e atrelada a um olhar médico, com a apreciação objetiva de sintomas e, o reducionismo calcado em outros patamares de saberes relativos aos casos e agravos.

Olhar para além dos critérios avaliativos do Protocolo de Manchester se faz necessário, principalmente quando se trata de demandas de saúde mental. No entanto, cabe mencionar que o protocolo é uma ferramenta apoiada e implementada pelo Ministério da Saúde, através da PNH, no qual

lança-se mão de uma crítica que apregoa uma lógica perversa que circunda grande parte dos serviços de urgência para o desenvolvimento de seus trabalhos cotidianos, que focam a doença, e não o sujeito e suas necessidades. Assim, as práticas circundam o tendenciosismo a repassagem do problema para outro ao invés de assumir a responsabilidade resolutiva (BRASIL, 2009).

A partir dessa lógica, cabe olhar para questões mais profundas que vão para além dos critérios do protocolo de Manchester: olhar para o acolhimento de sujeitos com demanda de saúde mental e não somente o triá-lo. No entanto, o processo de acolhimento corre o risco de ser tomado por um viés organicista, o qual não consideraria os aspectos psíquicos e sociais inerentes a construção existencial de vida dos sujeitos, principalmente os acometidos por demandas de saúde mental que adentram nos espaços de saúde diariamente.

## PARA ALÉM DO PROTOCOLO: O ACOLHIMENTO

O acolhimento de demandas em saúde mental requer cuidado e comprometimento das equipes de saúde que trabalham nas unidades de urgência e emergência, pois é nestes espaços que adentram a maior parte das pessoas que se encontram em crise (PEREIRA, 2015). O cuidado ao sujeito em crise em saúde mental deve ser preconizado, no qual o “fenômeno da crise” deve ser compreendido. A crise é um momento que pode ser transformador ou pode representar a vulnerabilidade para quem a sofre. No entanto, segundo Fialho (2014), as equipes de saúde que atuaram no atendimento ao sujeito demandante e em crise deveriam estar qualificadas para a intervenção e a condução de tais casos.

Nos estudos de Sousa et al. (2011), Martins (2012), Caetano (2013) e Moreira (2014), o atendimento à demanda orgânica ganhou espaço mais ampliado e de caráter emergencial. Todavia tal lógica parece contraditória, pois o que se preconiza é um olhar para o corpo/órgão, algo que é manuseado, que pode ser tocado. Algo que se tornou fácil, pois o protocolo preconiza intervenções e medidas, em que os profissionais da saúde simplesmente seguem orientações e, acabam deixando de lado a aproximação com a troca subjetiva, sentimental e emocional com o outro.

O tempo da emergência das demandas de saúde mental merece um acolhimento respeitoso, no qual se preconiza um espaço para o encontro. O diálogo, a relação e a troca são necessários, porém o Protocolo de Manchester orienta um contato restrito voltado ao corpo e não ao relacional (PAULON et al., 2012).

O acolhimento de sujeitos em crise em saúde mental, contradiz-se, pois, as emergências, que atuam com o foco voltado à doença, determinando tratamento e inibindo o sofrimento. A lógica volta-se para o entorno da equipe clínica cujo objetivo é estabilizar, verificar o que é da ordem do corpo e pode ter acesso, no qual o que não for da ordem do corpo e não tiver acesso imediato, deixa de ser emergente. Assim, segundo Martins (2012), o processo de acolhimento é da ordem da simplificação,

ou seja, o trabalhador tenta adequar a demanda apresentada pelos sujeitos àquilo que o serviço de saúde dispõe, geralmente apresentando bons resultados.

O protocolo de Manchester serve como mediador, que pode ser um otimizador de tempo e controlador de recursos materiais. Isso reduz o custo do atendimento e aumenta o foco nas informações pertinentes para a decisão clínica, tais como: sinais vitais, frequência e intensidade da apresentação dos sintomas (GUEDES, 2014; PAULON et al., 2012). A orientação do protocolo está voltada a um “trabalho morto” que não possibilita trocas e movimentos inventivos, senão aqueles descritos e oportunizados pelo protocolo (MERHY, 2002, p. 95).

Contudo, ao se olhar para as lógicas estabelecidas através dos estudos que abordam a implementação do Protocolo de Manchester, sob a luz das diretrizes da PNH, ao propor o acolhimento associado ao dispositivo da classificação de risco para humanizar o cuidado nas emergências, cabe questionar: quais são os percursos dessa proposta do acolhimento? A prática demonstra a predominância de procedimentos sem flexibilidade, já descritos. Logo, indaga-se se o acolhimento não estaria operando antes como modo de afastar os cuidadores dos usuários, do que como um dispositivo a favor das relações vinculares.

## SUBJETIVIDADE E HUMANIZAÇÃO

A crise em saúde mental pode ser considerada um episódio de desestabilização específica em que o sujeito apresenta comportamentos variáveis de ordem afetiva, afetando o estado normal de vida. O sujeito em crise pode tornar-se imprevisível, perigoso e agressivo. Ao passo que quem detêm o maior saber médico sobre esse fenômeno é o psiquiatra, porém, pela falta de provas científicas, instaura-se uma zona no qual as rotulações e estigmas, já mencionados acima, tornam-se prevalentes. Tais traços são marcantes no Protocolo de Manchester, que alinha discriminadores para a classificação de risco, dentre elas as demandas em saúde mental (FERIGATO; CAMPOS; BAILLARIN, 2007; PAULON et al., 2012).

Os estudos apontam que, quando se abarcam questões mentais, há um detrimento de valorização de aspectos do processo individual, sobre os processos sociais de responsabilização e cogestão dos processos de saúde-doença. Essa modalidade de atendimento visa colocar os corpos de volta a vida cotidiana, sem pausas para problematizar a organização social ou para refletir sobre os motivos que os levam até as unidades de saúde (MARTINS, 2012; MOREIRA, 2014; PAULON et al., 2012). Se o foco da atenção está direcionado aos sinais vitais e à sintomatologia física presente no quadro clínico em nome de uma agilidade e eficiência no atendimento, qual será o espaço reservado para tudo o que não estiver inscrito neste meio termo?

O que sobra do sujeito-usuário que chega com sofrimentos de cunho mental? Que acontece quando o tipo de dor e sofrimento que “urge” num usuário é de outra ordem que não aquela que

costuma estar no foco desses serviços? Logo, a saúde mental possui ordem de priorização secundária e aspectos do corpo visível, clínico e orgânico são considerados como agravantes que determinam a ordem emergente ou não (PAULON et al., 2012).

Diante disso, o cuidado na perspectiva da humanização em saúde, no acolhimento das demandas de saúde mental, pautada no cotidiano protocolar de Manchester possui um viés focado em procedimentos técnicos para corpos biológicos, que, segundo Paulon et al., (2012) produz uma espécie de “foco míope”, distorcido em relação aos sofrimentos complexos que se apresentam nas unidades de saúde. Nesse caso, o que é preocupante são os efeitos que tal organização acarreta para a atenção prestada ao usuário com problemas em saúde mental em crise, que adentra nesses serviços.

Destaca-se a invisibilidade das demandas de saúde mental. Segundo estudos (CAETANO, 2013; MARTINS, 2012; MOREIRA, 2014; PAULON et al., 2012; PEREIRA, 2015; SOUZA et al., 2011) situações que envolvem a subjetividade não são consideradas credenciais a ponto de se considerar emergência, porém o que mais é salientado e até tratado com certo comodismo são demandas como: atendimentos às pessoas que tentaram suicídio, desintoxicação para usuários de drogas, crises depressivas, doenças crônicas que progressivamente desgastam as relações e debilitam emocionalmente usuários e familiares, dentre outros. O que mais chama a atenção é a falta de articulação entre os espaços de saúde, pois, apesar de quase nunca detectadas tais demandas, as mesmas nunca recebem um encaminhamento de referência-contrareferência, que pudesse oferecer uma assistência com maior integralidade e resolutiva conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS) (MACEDO; DIMENSTEIN, 2011).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Sistema de Triagem de Manchester foi construído e está pautado em um modelo típico de atendimento voltado para as questões clínicas, ou seja, relacionadas ao modelo biomédico. Tal aspecto é observado nos escritos dos estudos pesquisados, ao mencionar o empirismo diante da crise, que sempre ou quase sempre exige mecanismos de controle como parte da conduta tida pelos profissionais da saúde.

O olhar para o corpo torna-se prevalente; a busca de sintomas que possam ser explicados, comparados e que possuam uma resolutividade rápida, por exemplo, constata-se o sintoma, bate-se com o protocolo, logo medica-se e colhe-se resultados. Na saúde mental, não há uma lógica para o atendimento, exige-se tempo, escuta, vínculo e acolhimento.

Mesmo que haja essa predominância de um modo de cuidado mais centrado no modelo clínico guiado pelo protocolo, os estudos comprovam que os profissionais da saúde necessitam estabelecer outras formas de cuidado a esses usuários, partindo-se da comunicação, da escuta atenta e da relação comprometida como complemento de um cuidado mais técnico.

A humanização deve ser preconizada como a filosofia do cuidado e ser aplicada para possibilitar a ressignificação da crise em si e a maneira como ela é encarada nos serviços de saúde. A assistência em saúde mental deve ser reavaliada e exige reflexões dos profissionais da saúde, pois o serviço deve estar apto a receber essa demanda, bem como com seus profissionais preparados e conscientizados sobre a importância do atendimento humanizado e digno ao usuário em crise.

Assim, torna-se necessário ir além do “corpo doente”, aquele que só apresenta sintomas, logo é diagnosticado e tratado. Precisa-se olhar para o corpo de uma maneira mais ampla, ao ponto de considerar o corpo como um “corpo consertado”, que não só existe e apresenta os sintomas, mas como um corpo que adocece, somatiza, sente, emociona-se e que, como todos os seres humanos, tem o direito de um dia, descompensar de sua estrutura e merece o respeito e a dignidade do atendimento do outro para a sua reorganização.

Para que os serviços de saúde estejam aptos, além dos critérios dos protocolos, deve-se desenvolver ações de educação permanente, focadas no trabalho em equipe e que possam problematizar essas questões no interior do serviço, potencializando os espaços de trocas e discussões entre os trabalhadores com o intuito de melhorar as ações de cuidado. A crise psíquica deve ser levada em consideração e ao mesmo tempo deve ser compreendida como uma das muitas manifestações de adoecimento do ser humano, sempre levando em conta suas necessidades, sua alteridade, fragilidades, potencialidades e formas de relação.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2011.

BRASIL. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários - Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Circular Conjunta n. 01 e 03.

BRASIL. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256p.

BRASIL. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56p.

CAÇADOR, B. S. et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 612-619, 2015. Disponível: em: <<https://goo.gl/nFBB8g>>. Acesso em: nov. 2016.

CAETANO, P. S. **O Serviço de emergência sob o prisma da integralidade: um olhar para além das demandas biomédicas**. 2013. 64p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde) - Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/7Md9A0>>. Acesso em: nov. 2016.

CAMPOS JUNIOR, A.; AMARANTE, P. D. C. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 425-435, 2015. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/mb7gm4>>. Acesso em: nov. 2016.

COUTINHO, A. A. P.; CECILIO, 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, n. 2, p. 188-198, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/K82S9w>>. Acesso em: nov. 2016.

DIAZ, M. A. S. **(Re) organização do acolhimento na unidade de saúde da família Ana Rosa em Bom Despacho-MG**. 2016. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Bom Despacho-MG, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/yq6P8R>>. Acesso em: nov. 2016.

DIMENSTEIN, M. et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n. 3, p. 95-127, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/GVNQ5s>>. Acesso em: nov. 2016.

FERIGATTO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando os conceitos. **Revista de psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FIALHO, M. B. Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: ZEFERINO, M. T.; RODRIGUES, J.; ASSIS, J. T. (Org.). **Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 15, p. 345-353, 2010.

FREITAS, P. **Triagem no serviço de urgência**: grupo de triagem de Manchester. Portugal: BMJ Publishing Group, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

\_\_\_\_\_. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (GBCR). **História da Classificação de Risco**. Belo Horizonte, MG. [Citado em 2009 abr. 12]. Disponível em: <<https://goo.gl/Ya85k9>>. Acesso em: nov. 2016.

GUEDES, H. M. **Valor de predição do Protocolo Manchester em um hospital do vale do Jequitinhonha**. 2014. 116f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/PVeNBR>>. Acesso em: nov. 2016.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise. **Interface - Comunicação saúde educação**, v. 15, n. 39, p. 1145-57, 2011. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/z8p2dt>>. Acesso em: nov. 2016.

MANGIA, E. F. et al. Acolhimento: uma postura. **Revista Terapia ocupacional**, v. 13, n. 1, p. 15-21, 2012.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MARTINS, S. M. S. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco em um serviço de urgência hospitalar**. 2012. 97p. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) - Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, 2012.

MOREIRA, D. A. **Protocolo de Manchester na atenção primária à saúde**: visão de profissionais, usuários e gestores. 2014. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/xaRwpw>>. Acesso em: nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS, 2001.

PAULON, S. M. et al. O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Polis e Psique**, v. 2, n. 3, p. 73-94, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/pzhgjH>> Acesso em: nov. 2016.

PEREIRA, P. A. **Pronto atendimento suplementar: benefícios em situação de crise em saúde mental**. 2015. 126f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde) - Programa de Pós-graduação Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/FsFMTL>>. Acesso em: nov. 2016.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 26-33, 2011.

TEIXEIRA, V. A.; OSELAME, G. B.; NEVES, E. B. O Protocolo de Manchester no Sistema Único de Saúde e a atuação do enfermeiro. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 905-920, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/bvO03Q>>. Acesso em: nov. 2016.