

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CRISTIANE BARRETO ALMADA

**PROJETO PARA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO DA MULHER
COM CLASSIFICAÇÃO PELO SISTEMA MANCHESTER ADAPTADO
PARA UM HOSPITAL E MATERNIDADE PÚBLICA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CRISTIANE BARRETO ALMADA

**PROJETO PARA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO DA MULHER
COM CLASSIFICAÇÃO PELO SISTEMA MANCHESTER ADAPTADO
PARA UM HOSPITAL E MATERNIDADE PÚBLICA**

**Florianópolis
2014**

UNIVERSIDADE SANTA CATARINA

CRISTIANE BARRETO ALMADA

**PROJETO PARA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO DA MULHER
COM CLASSIFICAÇÃO PELO SISTEMA MANCHESTER ADAPTADO
PARA UM HOSPITAL E MATERNIDADE PÚBLICA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Bolela

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado Projeto para Implantação do Acolhimento da Mulher com classificação pelo Sistema Manchester adaptado para um Hospital Maternidade Escola Pública de autoria do aluno **Cristiane Barreto Almada** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Dra. FABIANA BOLELA
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Com carinho dedico esse trabalho de Conclusão de Curso à minha família que entendeu com paciência minha ausência, às docentes de Universidade Federal Santa Catarina, às docentes da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, por estimular e incentivar todo o grupo de alunos, à Escola Municipal de Saúde por proporcionar esta oportunidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade e espero que, nós alunos, tenhamos atendido às expectativas. Parabéns e agradeço às docentes da Universidade Federal de Santa Catarina, às docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, à Escola Municipal de Saúde pela iniciativa e que possam acontecer outros cursos como este, pois produziu o conhecimento de forma objetiva e clara.

SUMÁRIO

<i>1. INTRODUÇÃO.....</i>	<i>01</i>
<i>2. OBJETIVOS.....</i>	<i>04</i>
<i>3.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</i>	<i>06</i>
<i>4. MÉTODO.....</i>	<i>09</i>
<i>5. RESULTADO E ANÁLISE.....</i>	<i>13</i>
<i>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</i>	<i>17</i>
<i>REFERÊNCIAS</i>	
<i>APÊNDICES E ANEXOS</i>	

RESUMO

Introdução: Como alternativa de melhoria para viabilizar um melhor atendimento no serviço de urgência emergência de um Hospital Maternidade Escola Pública do Estado de São Paulo, pretende-se implantar um acolhimento com classificação de risco pelo Sistema Manchester.

Objetivo: Elaborar um protocolo de acolhimento com classificação de risco adaptado para ser utilizado no Pronto Atendimento de obstetrícia. A partir da realidade como é desenvolvida atualmente a assistência neste setor que por ordem de chegada, detectou-se a necessidade do atendimento respeitando as prioridades e percebeu-se a necessidade da classificação de risco.

Método: Os dados foram colhidos através de um levantamento bibliográfico na literatura científica que refere algumas experiências de alguns serviços que trabalham com este sistema de atendimento.

Resultados: Durante a análise foi identificado no total dos atendimentos que 67% são gestantes e 33% não são gestantes. E nos casos de clientes não gestantes predomina queixas diversas 61,94%, corrimento e prurido vaginal 18,16% e sangramento vaginal 19,88%. Ou seja, poderia ser realizado o atendimento numa Unidade Básica de Saúde. Os resultados apontam que o acolhimento com classificação de risco pelo Sistema Manchester utilizando uma escala de Classificação de Risco através de um score, norteará melhor o atendimento no pronto atendimento obstétrico, estabelecendo prioridades e necessidades de cada cliente.

Conclusão: Conclui-se que poderia ser utilizado como orientação e possibilitar a avaliação das atividades do sistema relacionadas às melhorias do serviço de pronto atendimento, possibilitando a padronização e controle da qualidade do projeto implantado.

1. INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência constituem importante componente da assistência à saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve um crescimento da demanda por atendimentos de urgência e emergência. A realidade da superlotação dos prontos-socorros é agravada por problemas organizacionais como o atendimento por ordem de chegada, sem o estabelecimento de critérios clínicos, acarretando prejuízos aos usuários que realmente necessitam de atendimento prioritário. A assistência à saúde, no nível de atenção terciário, representa elevado custo para as instituições de saúde sendo, portanto, essencial a ordem de atendimento estabelecida por meio da classificação de risco, tornando o atendimento precoce, evitando, assim, morbimortalidades maternas e fetais (CONASS, 2006).

Os serviços de pronto-socorro de hospitais e maternidades ainda são os locais mais procurados pela população, independente do grau de complexidade das queixas, apesar dos esforços para a organização e estruturação dos sistemas de atenção às urgências e emergências, com orientação da população para o uso consciente de tais serviços.

O conceito de emergência é definido pela ocorrência de uma situação crítica com potencial risco à vida, exigindo intervenção médica imediata, assegurando a integridade das funções vitais básicas. Urgência é a ocorrência de agravo à saúde, com risco iminente à vida exigindo intervenção rápida e efetiva por meio de procedimentos que visam à proteção, manutenção e recuperação das funções vitais acometidas (ROMANI et al., 2009).

Neste contexto, o Ministério da Saúde, buscando alternativas para a organização da rede de atenção às urgências e emergências, criou em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), que aborda o acolhimento com avaliação e classificação de risco como sendo um dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de atendimento imediato, conforme o potencial de risco e os agravos à saúde, devendo ser priorizado o atendimento médico de acordo com a gravidade clínica do usuário e, não por ordem de chegada ao serviço (Ministério da Saúde, 2008).

A desarticulação dos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde e o descrédito da população, devido à baixa resolutividade, tem contribuído para o excesso de pessoas que aguardam para receberem atendimento médico, num período maior do que três a quatro horas (AZEVEDO et al, 2009).

Reforçando a importância dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o PNH recomenda que todo usuário que procura atendimento deve receber atenção resolutiva, humanizada e acolhedora a partir da compreensão de suas queixas, sugerindo que todas as unidades de atendimento médico, elaborem protocolos clínicos de classificação de risco, para priorizar o atendimento de acordo com a gravidade das queixas dos pacientes, organizar fluxos dos usuários e atender de forma a garantir a todo cidadão o direito à saúde, evitando a exclusão do mesmo na porta de entrada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

No âmbito dos serviços de emergência, a classificação de risco apresenta-se como uma das ações decisivas para reorganizar e implementar a promoção de saúde em rede, incluindo aspectos como: ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade da assistência; aumentar a interação entre profissionais de saúde e usuários; reconfigurar o trabalho médico integrando-o no trabalho da equipe; aumentar a capacidade dos trabalhadores em distinguir e identificar riscos e complicações, sem extrapolar as competências relativas ao exercício profissional de sua categoria (SHIROMA, 2008).

O Estado de Minas Gerais optou por realizar a classificação de risco (Protocolo de Manchester) para que todos os serviços de atenção à saúde, tais como, Unidades Básicas de Saúde, Unidade Mista, Pronto Atendimento, Pronto Socorro Hospitalar, Hospitais Gerais e Especializados, utilizassem uma linguagem comum, com critérios uniformes, que permitisse estabelecer o melhor local para a resposta a uma determinada demanda no menor tempo possível (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO, 2009).

Vale ressaltar que, em tempos de necessidade de aprimoramento dos processos de gestão e de investimento dos recursos em saúde, visando maior qualidade da assistência, a adoção de um sistema de classificação de risco, como o de Manchester, causa um profundo impacto na organização, tanto da rede de serviços, quanto no próprio serviço isoladamente, cujo benefício mais importante é a redução de complicações e de mortes no sistema de atenção às urgências e emergências (MARQUES, 2010).

Constam na literatura, hospitais brasileiros que implantaram protocolos de classificação de risco baseados em modelos internacionais, com adaptações locais de acordo com o serviço oferecido e a população atendida e suas necessidades de atendimento em saúde.

Em 1993, o Hospital Municipal de Paulínia, SP, implantou o protocolo de triagem canadense adaptado para a realidade local. Desta ideia, o Hospital Mario Gatti, em Campinas,

também implantou este mesmo protocolo (MASSAROLO, 2009). Em 2004, o Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre também adotou tal estratégia. Em 2005, incentivado pela Secretária da Saúde, o Hospital Odilon Behrens, em Belo Horizonte, MG, também aderiu ao protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, com uma experiência positiva, tornando-se referência para a Política Nacional de Humanização (PINTO JUNIOR, 2011).

Outros serviços também implementaram o acolhimento com classificação de risco, tais como, o Hospital Universitário da Universidade de Santa Maria e o Hospital Universitário de Londrina (SHIROMA, 2008).

A partir de então se observou que as vantagens do acolhimento com classificação de risco tiveram forte impacto na melhoria da assistência à saúde em todas as instituições onde foi implantado.

Justificativa

De fato as unidades de saúde que desenvolvem um de protocolo para realizar o acolhimento com classificação de risco, delimita o atendimento e determina de forma imediata reais necessidades.

O profissional enfermeiro também ganha destaque com o uso deste protocolo, percebe –se que facilita o controle do imprevisto, observando com olhar voltado redução de casos agudos e fatais na fila de espera e futuras complicações no estado de saúde da clientela.

Portanto é de fundamental relevância o acolhimento com classificação de risco promove melhorias no atendimento em pronto socorro e otimiza a identificação das prioridades e aumenta a probabilidade de acertos, aumentando as chances de sucesso no atendimento e garantia de qualidade e segurança para as clientes.

Problema

Com o funcionamento de um pronto socorro porta aberto e o atendimento por ordem de chegada, cria-se uma relação de instabilidade para quem atende e para quem é atendido. Aumenta o número dos atendimentos com uma demanda que muitas vezes poderia ser atendido numa Unidade Básica de Saúde. A triagem referente aos casos atendidos seria por necessidade identificada e prioridade estabelecida proporcionando qualidade na assistência e segurança.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Elaborar um protocolo de acolhimento com classificação de risco, baseado no Sistema de Manchester, adaptado para uso no Pronto Socorro de Obstetrícia.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar um levantamento bibliográfico sobre a experiência do profissional enfermeiro na atuação em Pronto Socorro realizando o acolhimento com classificação de risco, pelo Sistema de Manchester;
- Capacitar a equipe multiprofissional quanto à implantação do acolhimento com classificação de risco, pelo Sistema de Manchester, adaptado para o Pronto Socorro de Obstetrícia;
- Implantar no Pronto Socorro de Obstetrícia o acolhimento com classificação de risco, com vistas a promover a melhora na assistência prestada à população, por meio da integralidade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- Identificar experiências do profissional enfermeiro, em outros serviços, na atuação em Pronto Socorro realizando acolhimento com classificação de risco, pelo Sistema de Manchester;
- Melhorar o atendimento de emergência e urgência do Hospital Municipal Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha;
- Reorientar e encaminhar os usuários tornando-os coparticipantes do processo;
- Melhorar a qualidade da assistência mediante escuta qualificada das mulheres no período gravídico-puerperal no PSO;
- Agilizar o atendimento para os casos de maior risco, com redução do tempo de espera para os casos agudos e os que demandam urgência no atendimento;
- Organizar o fluxo de um sistema de referência e contra referência, proporcionando o acesso aos serviços de saúde, Unidade Básica de Saúde (UBS) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA);

- Encaminhar as mulheres não gestantes acolhidas e classificadas pela enfermeira como não urgentes (sem necessidade de consulta médica e em conformidade com o protocolo das UBS) para serem agendadas pelo Sistema on-line (SIGA).

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Classificação de Risco é a estratificação de risco dos usuários que procuram atendimento nos serviços de saúde. Ao dar entrada em uma unidade de saúde, o paciente é acolhido e classificado, recebendo uma prioridade que determina o tempo alvo para o primeiro atendimento médico. Essa prioridade é baseada na situação clínica apresentada e não na ordem de chegada.

A Classificação de Risco é realizada por um enfermeiro qualificado, com base no protocolo adotado pela instituição de saúde e, normas do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e é representado por quatro cores que indicam a prioridade clínica de cada mulher.

Vermelho: emergência, tempo de espera 0min; Amarelo: urgente, 60min; Verde: pouco urgente, 120 min; Azul: não urgente, 240min.

Atualmente as enfermeiras obstetras que realizam as consultas de enfermagem no Pronto Socorro do Hospital Maternidade Escola pública relatam que, diariamente ocorre um aumento na demanda de atendimentos com queixas que não justificam o atendimento no serviço de urgência e emergência. Devido a isto, ocorre uma demora no atendimento das mulheres que apresentam algum risco, acarretando deficiência na qualidade da assistência, pois o número excessivo de mulheres leva a sobrecarga de procedimentos que poderiam ser realizados nos serviços básicos e secundários.

Surgiu, portanto, o interesse na contribuição para melhorar a qualidade da assistência prestada, por meio da implantação do acolhimento com classificação de risco pelo sistema de Manchester, adaptado para a realidade do local, baseado em evidências científicas conforme aponta a literatura.

Este projeto visa à capacitação da equipe multiprofissional que atua no Pronto Socorro (PS) deste Hospital e Maternidade Escola pública e tem como finalidade a implantação do acolhimento com classificação de risco, pelo Sistema de Manchester adaptado à obstetrícia e ginecologia.

Esta instituição iniciou suas atividades nas especialidades de obstetrícia, neonatologia e ginecologia desde a sua fundação, houve o propósito de agregar, além do caráter assistencial, também o ensino, abrigando residências médicas nas áreas de Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia e demais profissões que atuam no hospital.

Na área assistencial, insere-se na atenção médico-hospitalar de nível secundário e terciário de complexidade, centralizado na saúde da mulher e do recém-nascido. Também é referência na assistência às gestantes de alto risco e seus bebês e nas especialidades de ginecologia, oncologia pélvica e mamária, planejamento familiar e atenção à mulher vítima de violência sexual, ligada à Coordenadoria Regional de Saúde Norte da cidade de São Paulo.

Em 2012, atingiu a média de 670 parto/mês, possui 182 leitos planejados e 170 leitos operacionais, divididos da seguinte forma:

- Alojamento Conjunto (50 leitos);
- Internação de Adultos (29 leitos);
- Hospital Dia (04 leitos);
- Casa da Gestante de Alto Risco (20 leitos);
- Unidade Neonatal (60 leitos, sendo 20 de UTI neo);
- UTI Adulto (07 leitos);
- Ambulatório de Especialidades (15 consultórios);
- Centro de Diagnóstico.

Além disso, conta com:

- 06 salas cirúrgicas;
- 14 leitos de Pré-Parto;
- 04 salas de parto natural;
- 06 leitos de recuperação.

Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco

Protocolo é uma ferramenta de padronização e tentativa de melhoria nos processos de trabalho, principalmente nos serviços de saúde. Quando se fala em atendimento em pronto socorro significa tomar decisões em segundos e a atitude correta salva ou perde uma vida.

O profissional Enfermeiro tem experiência com protocolos nos serviços de saúde e de procedimentos para realizar a assistência de enfermagem. Vale ressaltar que o enfermeiro é

respaldado para realizar o acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência, sendo parte integrante de suas competências, de acordo com o (COREN, 2008).

A triagem é o primeiro atendimento prestado por profissionais de saúde aos usuários dos serviços, tendo por objetivo uma primeira avaliação que permitirá a condução do caso, sendo que, se executada por meio da classificação de risco, permitirá ao paciente mais grave o atendimento imediato, o que não pode ser confundido com o ato de dispensar o cliente sem atendimento (COREN, 2009).

Portanto o COREN – SP, (2009), ratifica com este documento citado que, o Ministério da Saúde já propôs o mecanismo de acolhimento, com avaliação de risco para hospitais nas áreas de acesso, tais como, em pronto atendimento ou pronto socorro, concluindo que o enfermeiro, exclusivamente dentro da equipe de enfermagem, poderá realizar a triagem ou acolhimento do paciente nas unidades públicas de atendimento, pois compete a ele, legalmente, a consulta de enfermagem e as atividades ou procedimentos que requerem capacidade de tomada de decisão rápida e de maior complexidade.

4. MÉTODO

O acolhimento com classificação de risco tem como objetivo o atendimento mais preciso às mulheres que necessitam de conduta imediata, por isso será usado a Classificação de Risco adaptada ao protocolo da Instituição e será pautado na avaliação primária das mulheres de acordo com as queixas obstétricas e ginecológicas mais frequentes, e não se tratando de fazer diagnóstico e nem dispensar as mulheres sem atendimento médico (MINISTERIO DA SAÚDE, 2009).

O acolhimento com classificação de risco será realizado por equipe multiprofissional composta por: enfermeiro, técnico de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção mediante treinamento específico, através da utilização de um protocolo pré-estabelecido com o objetivo de avaliar o grau de urgência das queixas das mulheres, colocando-as em ordem de prioridade para o atendimento (Ministério da Saúde, 2002).

Para realização deste projeto foi feito um levantamento de 2100 Boletins de Emergência (BE) de mulheres atendidas no pronto socorro (PS), no período de janeiro a abril de 2013 e foi verificado que 15% obteve a cor vermelha (emergência), 15% a cor amarela (urgente), 60% a cor verde (pouco urgente) e 10% não foram classificadas. Atualmente são atendidas por mês, aproximadamente 6.000 mulheres e utiliza-se uma escala de classificação de risco com três cores, porém não é suficiente para suprir a demanda do atendimento, visto que, as pacientes são classificadas pelas queixas, mas são atendidas por ordem de chegada.

Foi realizado também um levantamento sobre a experiência do profissional enfermeiro na atuação em Pronto Socorro, realizando o acolhimento com classificação de risco, pelo Sistema de Manchester, em outras unidades de prestação de serviços de saúde.

PDCA Conforme Fundação Nacional de Qualidade

Para a avaliação dos resultados será aplicado o ciclo de PDCA, que é uma ferramenta da administração para promover melhorias em qualquer processo de trabalho ou atividade desenvolvida com intuito de promover serviços e produtos com qualidade. O significado da sigla:

- P: Planejar
- D: Do Fazer
- C Checar
- A: Agir corretivamente

Assim, poderia ser utilizado como orientação e possibilitar a avaliação das atividades do sistema relacionadas às melhorias do serviço de pronto atendimento, possibilitando a padronização e controle da qualidade do projeto implantado.

✓ Justificativa do PDCA

Será realizado um estudo piloto de acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto socorro do HMEC, com respaldo na lei orgânica de saúde e princípios constitucionais, reforçando a necessidade de canalizar o fluxo de atendimento e elencar as ações da assistência em saúde.

Neste projeto, o usuário será acolhido e classificado de acordo com as queixas citadas e receberá um *score* para o atendimento, sendo classificado em um padrão de cores referente à sua queixa, a qual determinará o tempo de espera para o atendimento, em ordem de prioridade. Conforme a classificação do risco, a paciente poderá ser direcionada para a UBS.

Este método propõe o levantamento das queixas e sua respectiva classificação, viabilizando a facilitação no fluxo de atendimento, garantindo a integralidade das ações em saúde, com agilidade resolutiva na demanda dos usuários atendidos na rede pública de saúde.

✓ Meta

- Determinar a prioridade para o atendimento médico hierarquizando de acordo com a gravidade das queixas;

- Melhorar o atendimento de emergência e urgência do Hospital Municipal Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha;
- Reorientar e encaminhar os usuários tornando-os coparticipantes do processo.

✓ **Planejamento para implementação relativo ao curso**

O curso terá a finalidade de:

- Capacitar a equipe médica, de enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos do Pronto Socorro para a realização do acolhimento com classificação de risco;
- Instruir sobre a adaptação necessária da classificação de risco com base na experiência, recursos, padrões de doença, área física, capacidade instalada e serviços referenciados de cada estabelecimento;
- Orientar sobre a organização do processo de trabalho e espaço físico do pronto socorro;
- Constituir guia de treinamento dos profissionais envolvidos na implantação do acolhimento com classificação de risco, nas portas de entrada de emergência e urgência;
- Apontar os resultados esperados após a implantação do acolhimento com classificação de risco;
- Habilitar os profissionais médicos e enfermeiros através do curso do acolhimento com classificação de risco pelo sistema de Manchester, administrado pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, com carga horária de 16 horas, a ser agendado local e horário.

✓ **Público alvo**

Enfermeiros, médicos, assistentes sociais e psicólogos.

✓ **Local de implementação do projeto**

O projeto será implantado no pronto socorro do Hospital Municipal Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha.

- ✓ **Como será realizado o projeto piloto**
- ✓ Após a capacitação dos profissionais haverá uma dinâmica para avaliação do acolhimento com classificação do risco:
 - Identificação da queixa;
 - Coleta dos dados e análise dos resultados;
 - Avaliação de todas as alternativas e escolha de uma delas;
 - Implementação da alternativa escolhida;
 - Monitoramento da implantação e avaliação dos resultados.

5. RESULTADO E ANÁLISE

Percebeu-se durante a análise da pesquisa que do total de atendimentos 67% são gestantes e 33% não gestantes, por ser um serviço obstétrico, seria melhor se as clientes não gestantes fossem encaminhadas para uma Unidade Básica de Saúde, com a referência e contrarreferência do Sistema Único de Saúde, seriam encaminhadas para serem atendidas na região onde moram e num atendimento de rotina com calma e tranquilidade, reduzindo a demanda excedente dos pronto-socorros.

Figura 1. Caracterização das pacientes atendidas, segundo levantamento dos boletins de emergência (SÃO PAULO, 2013).

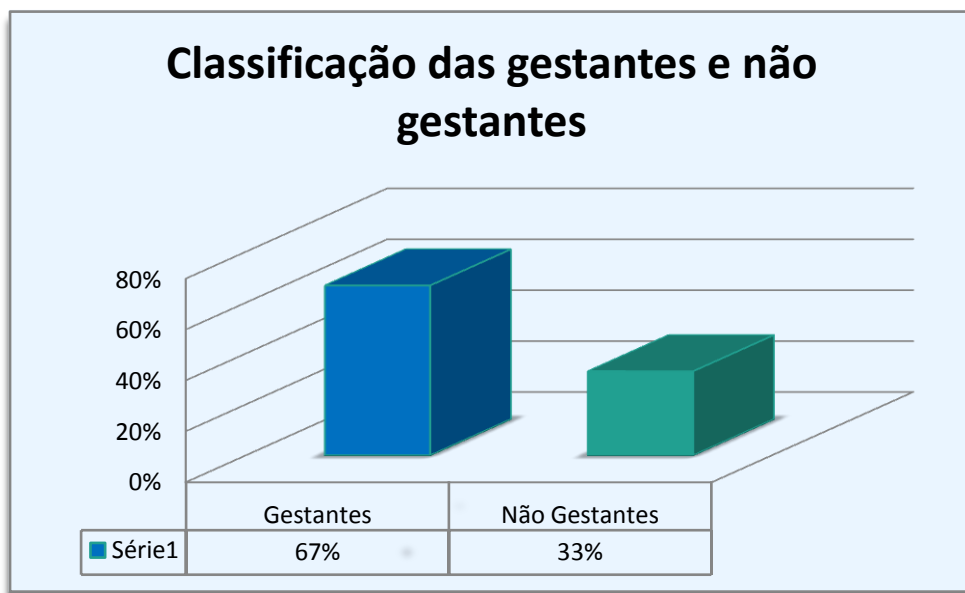
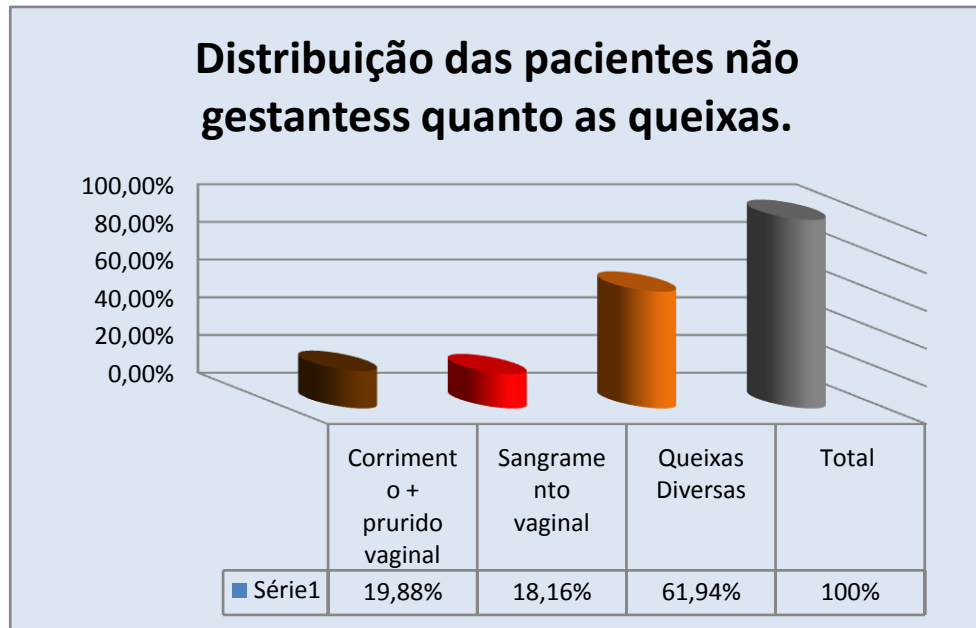


Figura 2. Distribuição das pacientes não grávidas quanto às queixas. (SÃO PAULO, 2013).



Principais queixas referidas pelas mulheres no pronto socorro conforme escala de classificação HMEC (SÃO PAULO, 2013)

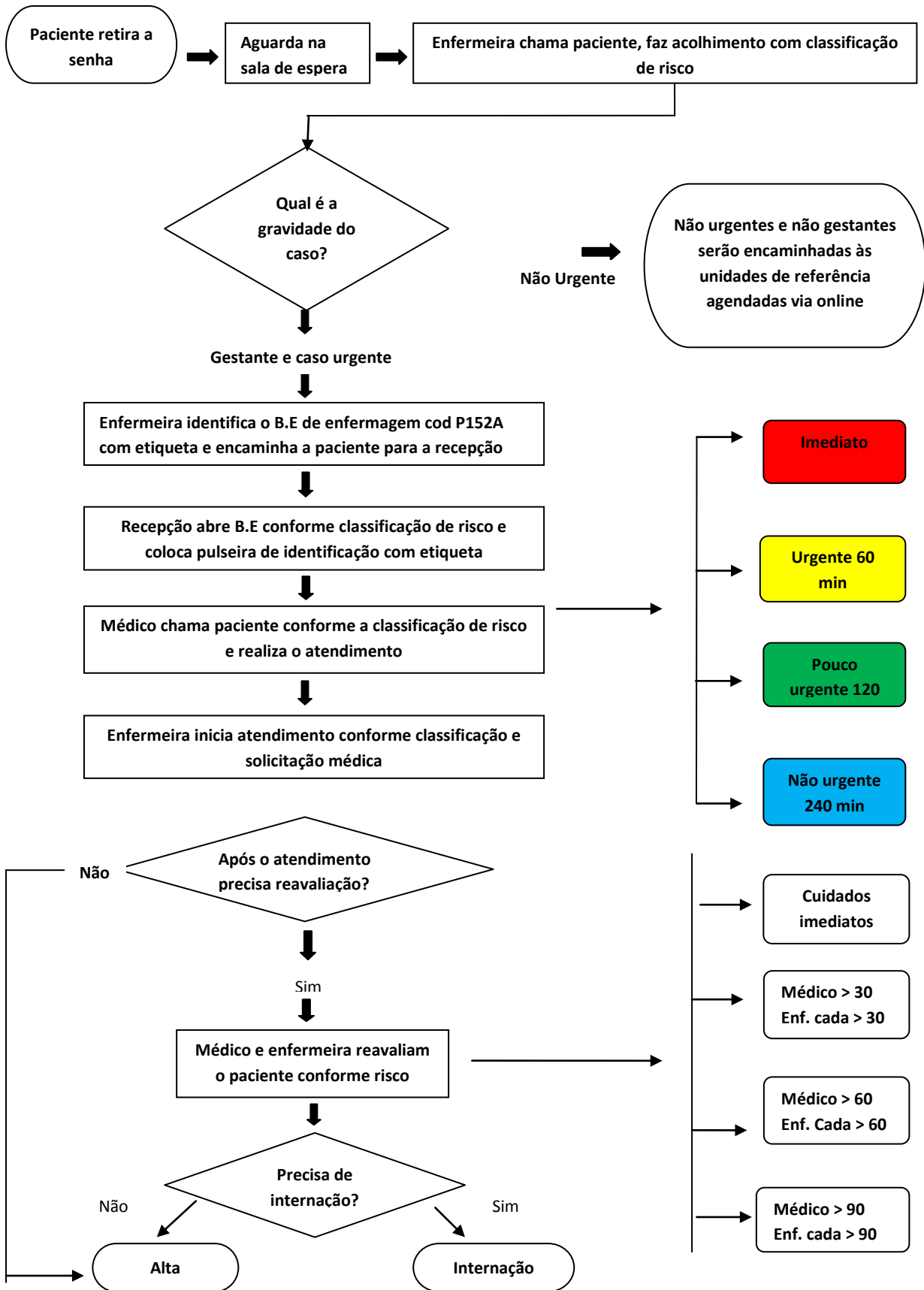
➤ **Gestantes:** cefaléia, tontura; náuseas; vômito; epigastralgia; dor em baixo ventre; lombalgia; dor lombo sacra; disúria; polaciúria; nictúria, perda de líquido amniótico; sangramento genital, contrações; constipação.

➤ **Não gestantes:** atraso menstrual, cefaléia; dor nas mamas; dor lombar; dor abdominal; dor em baixo ventre; prurido vaginal; corrimento; dispareunia; diarréia; vômito; sangramento genital; dor em região flanco direito; dor epigástrica; disúria.

Proposta de protocolo da classificação de risco

- **Prioridade 1** – Vermelho – Emergência absoluta. O paciente está em ameaça à vida ou iminência de rápida deteriorização e requer intervenção agressiva e imediata, com prioridade absoluta: Obstrução de vias aéreas, respiração inadequada, hemorragia exanguinante, choque, apresentação de partes fetais, prolapso de cordão umbilical, convulsão, sangramento vaginal com idade gestacional maior que vinte semanas, dor intensa.
- **Prioridade 2** – Amarelo – Urgência. São condições que potencialmente poderiam progredir para agravos importantes; a situação de queixas pode estar associada a intenso desconforto ou estar afetando as atividades da vida diária: trabalho de parto, alteração súbita da consciência, dor abdominal, pressão arterial elevada, história de trauma, dor moderada.
- **Prioridade 3** – Verde – Pouco urgente e precisa de priorização de atendimento na unidade básica. Situações associadas à idade do paciente, desconforto ou possíveis complicações, que seriam atenuadas com atendimento mais precoce. O atendimento deve ser priorizado para o mesmo dia, após os primeiros cuidados e medidas necessárias, nos casos de emergência e urgência. O atendimento destes usuários pode ser indicado para a unidade básica de saúde.
- **Prioridade 4** – Azul – Caso Eletivo - não urgente. A consulta pode ser agenda ou realizada de imediato, caso haja disponibilidade. O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é a Unidade Básica de Saúde.

Fluxograma de atendimento às mulheres no Pronto Socorro



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento com classificação de risco propõe um atendimento em pronto socorro mais determinado e específico com critérios para identificar as prioridades dos clientes.

Esta estratégia requerer uma adaptação da unidade de saúde em área física e capacitação dos profissionais médico e enfermeiros com curso específico. Requer também alguns equipamentos e insumos para realizar este acolhimento.

Para o profissional enfermeiro que atua nos serviços de emergência e urgência possui o respaldo legal do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo e amplia o campo de trabalho com atividades diferenciadas e com a legitimidade da enfermagem, a autonomia que o protocolo proporciona.

Diante dos resultados da pesquisa percebe-se a necessidade de redirecionar a demanda excedente, que não é primordial o atendimento imediato à saúde, foi identificado 62% de pacientes não gestantes apresentando queixa diversas. A reflexão sobre o atendimento é relevante e coerente, produz uma afirmação dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. Portanto tendo em vista a experiência com destaque de benefícios em outros serviços de pronto atendimento, o uso deste protocolo é de essencial importância para a prática em pronto atendimento garante maior segurança e qualidade no atendimento.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, J. M. R. **O Serviço de triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, como resultado de reorganização institucional e promotor de acolhimento.** 2004. 128f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2004.

AZEVEDO, A. L. C. S. **Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Ribeirão Preto, n. 12, p.736-745, 2010. Disponível em: Acesso em: 09/04/2013.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática.** Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, n.7, pp. 1439- 1454-ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2009000700002.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.** Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: **Lei Orgânica da saúde.** Brasília: DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: HTTP://bvsmis.saúde.gov.br/bvs/publicações/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf. Acesso em: 18/03/2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006 b. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Documento Base. 3. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da 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.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer CAT nº 14/2009, de 23 de dezembro de 2009. **Triagem clínica por técnica/auxiliar de enfermagem.** Disponível em: <HTTP://iter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/14.pdf>. Acesso em: 20 de março de 2013

CRISTO, C. S. **A prioridade da Secretaria de Atenção à Saúde e as redes de Atenção à Saúde (RAS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Ciência E Saúde, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 7-14, 2004. Disponível em <HTTP://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>. Acesso em: 18/03/2013.

FNQ. Fundação Nacional da Qualidade; **critério de excelência.** São Paulo: FNQ, 2009.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Histórico da Classificação de Risco**. 2009 Disponível em: <http://www.classificaçãoderisco.com.br/.18> de março.

MASSAROLO, J. L. **Acolhimento e classificação agilizam o atendimento**. 2009 Disponível www.hmmg.sp.gov.br/detalhesf1e3.html?id=13422&page=NOT%CDCIAS>.

Ministério da Saúde. **Humaniza SUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético - estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf> Acesso em: 18 de março.

Romani, Humberto Menon ET al. **Uma revisão assistencial da Urgência e emergência no sistema de saúde**. Revista Bioética. On-line: São Paulo, 2009 17(1):41-53. Disponível: [HTTP://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/78/82](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/78/82).

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Protocolos Clínicos – Atendimento Multidisciplinar à Gestante em Trabalho de Parto**.

SHIROMA, L. M. B. **Classificação de risco em serviço de emergência no contexto da política nacional de humanização do SUS – Um desafio para enfermeiros/as**. 2008. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Souza Marques. **Classificação de Risco**. 2010.

APÊNDICE

Escala de Classificação de Risco pelo Sistema Manchester adaptada para o HMEC com quatro cores conforme preconiza o Ministério da Saúde, 2009.

Número	Nome	Cor	Tempo/min
1	Emergência	Vermelho	0
2	Urgente	Amarelo	60
3	Pouco urgente	Verde	120
4	Não urgente	Azul	240

Prioridade 1: Vermelho – Emergência Absoluta

Prioridade 2: Amarelo – Urgência

Prioridade 3: Verde - Pouco urgente

Prioridade 4: Azul – Caso Eletivo