

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JOELMA SOUZA PEREIRA

**IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SEGUNDO O SISTEMA DE
TRIAGEM DE MANCHESTER NO HOSPITAL MUNICIPAL DE BACABAL – MA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JOELMA SOUZA PEREIRA

IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SEGUNDO O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER NO HOSPITAL MUNICIPAL DE BACABAL – MA

Projeto de Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Tecnologia de Concepção, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof. Orientador: Roberto Silva Fhon. Mestre em Ciências Doutorando da EERP/USP.

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Implantação da Classificação de Risco segundo o Sistema de Triagem de Manchester no Hospital municipal de Bacabal – MA** de autoria da aluna **JOELMA SOUZA PEREIRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência .

Professor Orientador: Roberto Silva Fhon
Mestre em Ciências Doutorando da EERP/USP.

Prof.(a) Dra.
Coordenadora do Curso

Prof.(a) Dr(a).
Coord. de TCC

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

Dedico o meu trabalho a Deus por ser minha
fortaleza e ao meus pais e familiares pelo amor
incondicional.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 06 |
| 1.1 OBJETIVOS | 07 |
| 1.2.1 Objetivo Geral..... | 07 |
| 1.3.1 Objetivos Específicos..... | 08 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 09 |
| 2.1 Classificação de Risco/Triagem..... | 09 |
| 2.2 Protocolo de Manchester utilizado na Classificação de Risco..... | 10 |
| 2.3 O enfermeiro no acolhimento com classificação de risco..... | 12 |
| 3 METODOLOGIA | 13 |
| 3.1. Tipo de pesquisa..... | 13 |
| 3.2 Público Alvo..... | 13 |
| 3.3 Área de Estudo..... | 14 |
| 3.4 Aplicação do protocolo de classificação de risco..... | 14 |
| 3.5 Análise dos dados..... | 15 |
| 3.6 Procedimentos Éticos..... | 15 |
| 4 ORÇAMENTO | 16 |
| 5 CRONOGRAMA | 17 |
| REFERÊNCIAS | 18 |
| APÊNDICE | |
| ANEXOS | |

RESUMO

O sistema de triagem estruturada também é capaz de prever quais pacientes necessitarão ficar internados e a quantidade de recursos hospitalares necessários durante a permanência do paciente na Emergência. Trata-se de uma pesquisa quantitativo-descritiva de corte transversal. Que tem como objetivos: Implantação do Protocolo de Manchester na classificação de risco no Hospital Municipal da cidade de Bacabal – MA; Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato; Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência. Será realizada no Pronto Socorro da cidade de Bacabal - MA. Participarão da pesquisa todos os registros das fichas de atendimento do plano de ação dos pacientes atendidos no serviço de urgência. A coleta de dados será realizada por meio da ficha de atendimento do paciente, considerando todos os pontos do sistema de triagem de Manchester. Os dados serão analisados com base das respostas encontradas, em seguida será realizada a tabulação dos dados através de planilhas e posteriormente serão analisados de acordo com a fundamentação desta pesquisa no programa SPSS20 e no Microsoft Office Excel. A pesquisa respeitará o que preconiza a Resolução 466/12, será submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, após a aprovação desta e com a declaração do gestor do hospital autorizando a realização da coleta de dados será iniciada a pesquisa de campo.

Descritores: Enfermagem. Urgência. Triagem.

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência constituem um importante componente da assistência à saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve um crescimento da demanda por atendimentos de urgência e emergência devidos, principalmente, ao aumento do número de acidentes e violência urbana, e ao modelo de enfrentamento das condições crônicas na lógica das condições agudas (BRASIL, 2006).

O acesso ao serviço de saúde é um conceito complexo, onde se considera o grau de ajuste entre usuários e o sistema de saúde, observando-se a multidimensionalidade que o compõe: disponibilidade dos serviços, acessibilidade, acolhimento e aceitabilidade. A partir do Sistema Único de Saúde (SUS) se anuncia a necessidade de arranjos organizacionais em rede com potencialidade para garantir o acesso qualificado dos usuários aos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O processo de triagem foi introduzido nos Serviços de Emergência (SE) para tentar minimizar o problema da superlotação, permitindo cuidados imediatos para os pacientes mais urgentes. Triagem deriva do francês *trier* = classificar significa um processo sistemático para determinar quem será visto e tratado primeiro, com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade dos pacientes no SE (ALBINO; GROSSEMAN, RIGGENBACH, 2007).

O sistema de triagem estruturada também é capaz de prever quais pacientes necessitarão ficar internados e a quantidade de recursos hospitalares necessários durante a permanência do paciente na Emergência. O processo de triagem, em todo o mundo, é realizado por enfermeiros, após um treinamento específico. Todos os sistemas de triagem estruturada devem ter uma escala de priorização útil, válida e reprodutível e as evidências científicas atuais apontam para a validade e reprodutibilidade desses sistemas (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

Para Silva (2009) o processo da triagem de prioridades requer capacidade de interpretação, discriminação e avaliação. Tem como requisitos primordiais o raciocínio clínico, o reconhecimento de padrões, a formulação de hipóteses, a representação mental e, menos importante, a intuição. Por sua vez, a tomada de decisão compreende três fases: identificação de um problema, determinação das alternativas e seleção da alternativa mais adequada.

No Brasil preconiza-se o termo Acolhimento com Classificação de Risco. Entende-se que acolhimento é um modo de desenvolver o processo de trabalho em saúde, de forma a atender os usuários que procuram os serviços, ouvindo os seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Este processo inclui um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientação para o paciente e sua família em relação ao atendimento e funcionamento dos demais serviços de saúde, e estabelecimento de meios para garantir o sucesso dos encaminhamentos, caso haja necessidade (BRASIL, 2004).

O acolhimento é visto como um dos instrumentos que compõem o processo de trabalho em saúde, também é entendido como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, implicando prestar um atendimento com orientações, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (POLI; NORMAN, 2006).

Neste contexto, é válido ressaltar que o protocolo de Manchester é um protocolo utilizado em muitos países para classificar o risco de pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência, e que previamente à decisão da compra do software da empresa ALERT® um grupo de especialistas brasileiros fez a avaliação do protocolo de Manchester quanto à viabilidade de utilização do mesmo nos serviços de urgência e emergência brasileiros.

Sendo assim, foi despertado o interesse em pesquisar sobre o assunto. Espera-se que este estudo possa permitir a identificação do grau de concordância da classificação de risco realizada por enfermeiros utilizando um protocolo novo em fase de implantação. Acredita-se que o estudo servirá de referência para novos estudos futuros envolvendo a temática em questão. Considera-se ser o mesmo relevante, uma vez que a classificação de risco é uma área de atuação do enfermeiro, e que os protocolos utilizados para avaliar e classificar o risco são o suporte científico, ético e legal sobre o qual o enfermeiro se respalda.

1.1 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Implantar o Protocolo de Manchester na classificação de risco no Hospital Municipal da cidade de Bacabal - MA.

1.3.1 Objetivos Específicos

- Facilitar a prática e a interação dos profissionais na assistência de qualidade ao cliente atendido na urgência e emergência;
- Identificar a porcentagem de pacientes classificados nas cores vermelho, laranja, amarelo, verde e azul utilizando o protocolo de Manchester;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Classificação de Risco/Triagem

No Brasil, a utilização do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência enquanto estratégia de ampliação do acesso e humanização das relações começou a ser discutida de forma mais concreta a partir da publicação da Portaria 2048/02, que regulamenta o funcionamento dos serviços de urgência e emergência do país. As ações do MS têm sido voltadas para a necessidade de reorganização do processo de trabalho dos serviços de atenção às urgências e emergências, de forma a atender aos diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos, visando uma assistência prestada de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento (BRASIL, 2002).

Sendo assim, o Ministério da Saúde lançou em 2004 a cartilha da Política Nacional de Humanização - PNH, a qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência (BRASIL, 2004). Nesta mesma época foi lançado o Programa de Qualificação da Gestão no SUS (QualiSUS), que trouxe o investimento necessário às modificações tecnológicas e de ambiência para a efetiva implementação da ferramenta de classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

O processo de Recepção, Acolhimento e Classificação deve ser dinâmico, contínuo e deve incluir atividades que tranquilizam o usuário e seus familiares, trazendo-lhes apoio emocional e segurança. As informações claras sobre tempo de espera e zona de destino de cada paciente e a orientação do fluxo, onde o mais grave é priorizado em relação ao menos grave, geram confiança no sistema. O processo de RAC também traz informações úteis e dados estatísticos que possibilitam políticas dirigidas sobre recursos a serem investidos.

A classificação estruturada é um processo contínuo e, para ser eficiente, deve ocorrer entre 10 a 15 minutos desde a chegada do paciente ao serviço de emergência. Deve ser realizada de forma rápida e fundamentada em um instrumento de classificação previamente elaborado em conjunto por médicos e enfermeiros com experiência em serviço de urgência e emergência. Nas situações difíceis de classificar, deve sempre prevalecer o nível maior de classificação e, nos casos necessários, o médico plantonista deve ser consultado sobre o nível mais adequado. Existem algumas situações especiais onde à prioridade clínica cede espaço para a prioridade relativa, por exemplo: idosos desorientados, pacientes agressivos e crises histéricas.

Pires (2003) ressalta que a triagem no serviço de emergência não possui caráter excludente, mas sim de organização do fluxo de atendimento do paciente no SUS, e seleção dos meios adequados para diagnóstico e tratamento dos problemas identificados. Sendo assim, espera-se que a triagem possibilite maior resolutividade aos serviços, aumento da satisfação do usuário e da equipe de saúde, racionalização quanto à acessibilidade e fluxos internos, e otimização dos tempos e recursos utilizados.

A implantação do protocolo de classificação de risco garante a prioridade adequada dos atendimentos, e assegura que recursos sejam alocados de forma correta. Também possibilita a organização da assistência e o conhecimento de indicadores que direcionam a gestão do serviço e a necessidade de investimentos de recursos (MACHADO et al., 2007).

Para o funcionamento adequado deste serviço, é necessária a integração deste com outros serviços de saúde existentes no sistema, estabelecendo vínculos com os mesmos, para permitir o adequado encaminhamento dos pacientes. Na triagem o indivíduo é avaliado de forma integral para que se identifique o tipo de atendimento necessário. Entende-se que o paciente deve ser visto como um todo, necessitando estar em sincronia consigo mesmo em todos os aspectos físico, mental, espiritual e com o mundo, uma vez que a doença é uma consequência do desequilíbrio e da desarmonia destes elementos, resultando em uma manifestação biológica de enfermidade (AZEVEDO; BARBOSA, 2007).

2.2 Protocolo de Manchester utilizado na Classificação de Risco

De uma forma geral, tem sido recomendada a utilização de escalas/protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis, pois estas apresentam maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado real do paciente (GORANSSON et al., 2005). Dentre estas escalas/protocolos, serão detalhados aqueles mais utilizados e reconhecidos mundialmente, a saber: Emergency Severity Index (ESI), Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Triage Acuity Scale (CTAS®), e o Manchester Triage System – Protocolo de Manchester. Além destes, será detalhado o Protocolo de Classificação de Risco Manchester que será implantado por ser objeto deste estudo.

Em 1994 foi formado o Grupo de Triagem de Manchester, composto por médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência. Este grupo tinha por objetivo a criação de normas de triagem, visando o desenvolvimento de nomenclaturas e definições comuns, além do desenvolvimento de uma sólida metodologia de triagem, de um programa de formação, e de um guia de auditoria para a triagem. Constituído o grupo, foi feito um levantamento da linguagem das escalas/protocolos de triagem até então existentes, visando à identificação de temas comuns (SOUZA, 2009).

A partir de então chegou-se a um acordo sobre um novo sistema de nomenclatura. Foram criadas cinco categorias de gravidade e atribuídas a cada uma delas uma cor, um número e um nome, e definidos os tempos limite de espera até o primeiro contato com o médico do serviço de

urgência. Foram realizadas reuniões a nível nacional incluindo representantes da enfermagem e médicos que atuavam nos serviços de urgência, chegando-se ao consenso da escala de triagem.

Para Souza (2009), a tomada de decisão é um processo inerente da triagem, sendo que o enfermeiro classificador deve interpretar, discriminar e avaliar a queixa apresentada pelo paciente. Na triagem guiada pelo protocolo de Manchester, a tomada de decisão consiste em uma série de passos para se chegar a uma conclusão, conforme descrito abaixo:

- 01** - Identificação do problema;
- 02** - Coleta e análise das informações relacionadas com a solução;
- 03** - Avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação;
- 04** - Implementação da alternativa escolhida;
- 05** - Monitorização da implementação e avaliação dos resultados.

Assim é de grande importância ressaltar que alguns autores afirmam que não existe uma escala padrão quando se trata de medir saúde. A mensuração requer indicadores que representem um conceito. Não existe instrumento de mensuração infalível, fatores situacionais e ambientais, tendenciosidade nas respostas, fatores pessoais e alterações no método de coleta de dados podem contribuir para erros de mensuração. Ao utilizar instrumentos originários de uma outra língua, deve-se realizar a adaptação cultural, mesmo quando o idioma é o mesmo, uma vez que pode haver problemas no processo de adaptação cultural. Nesse processo, pode haver mudança em alguns itens para que se mantenha o mesmo conceito, e não há muita clareza de quanto das propriedades das medidas originais são mantidas no instrumento adaptado (SOUZA et al., 2011).

2.3 O enfermeiro no acolhimento com classificação de risco

Assim como as demais escalas, no protocolo de Manchester também é o enfermeiro que realiza o acolhimento dos pacientes e sua classificação dentro de uma prioridade clínica. É responsável pela atribuição correta das prioridades e o reconhecimento do risco de deterioração do estado dos pacientes (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

No Brasil, o papel do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco está previsto nas portarias do Ministério da Saúde que regulamentam os serviços de urgência e emergência. Essa responsabilidade foi reforçada em 2009 pela PNH. É importante salientar que a capacitação dos enfermeiros para operar o STM é realizada unicamente pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (BRASIL, 2006.; BRASIL, 2009).

O trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco se baseia na tomada de decisão, em que a escuta qualificada e o julgamento clínico e crítico das queixas induzem a um raciocínio lógico, que determinará o risco. A tomada de decisão pelo enfermeiro, na classificação, tem como objetivo compreender a informação clínica, a sequência em que a informação se processa e as vias pelas quais essa informação determina a categoria de classificação. Para tal ação, o enfermeiro utilizará um protocolo previamente selecionado como diretriz técnica que embasará teoricamente a decisão. É o enfermeiro quem decide qual e quanta informação precisará ser obtida sobre o estado de saúde de um cliente, avaliando tanto dados objetivos quanto subjetivos (SOUZA.; BASTOS, 2008).

Nesse contexto, a enfermagem vem atuar na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, fortalecendo a ideia de integralidade na assistência do indivíduo, tentando amenizar a dificuldade de acesso dos usuários e proporcionando uma boa recepção ao serviço de saúde (SANTOS, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

No intuito de realizar a Implantação da Classificação de Risco segundo o Sistema de Triagem de Manchester optou-se pela aplicação do método de pesquisa quantitativo-descritiva de corte transversal, com o análise documental (MARCONI; LAKATOS, 2006).

De acordo com Marconi e Lakatos (2006) a metodologia será pautada no estudo de campo com análise documental caracterizado por obter informações e/ou conhecimentos sobre uma questão norteadora para o qual se procura uma conjectura ou resposta que corrobora para comprovar ou relacionar com o problema. A pesquisa descritiva tem como propósito observar,

descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos ou fenômenos (busca frequência, característica, relação e associação entre variáveis) (DYNIEWICZ, 2007).

RISCOS: É possível que haja constrangimento por parte do gerente de enfermagem como também do administrador do hospital. Contudo, a pesquisadora estará preparada para sanar tal situação ao informar a participante sobre o sigilo e a não identificação das participantes necessários à execução da pesquisa, conforme resolução CNS 466/12.

BENEFÍCIOS: A pesquisa trará benefícios indiretos, pois ao ser implantado o sistema de triagem Manchester o instrumento poderá ser capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência.

3.2 Público Alvo

A pesquisa serão avaliados todos os registros das fichas de atendimento do plano de ação, no qual todos os pacientes foram atendidos no serviço de urgência no período de implantação do sistema de triagem Manchester, não sendo dispensado nenhum registro, ou seja, fichas preenchidas pelo enfermeiro usando o protocolo de Manchester que constará os dados do paciente ao ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma unidade de saúde de referência.

3.3 Área de Estudo

A pesquisa será realizada no Pronto Socorro da cidade de Bacabal – MA. É um hospital de médio porte localizado na Rua Magalhães de Almeida no prédio do hospital materno infantil, voltado para o atendimento de urgência e emergência, internações e procedimentos eletivos que atendem à população maranhense.

O Hospital presta atendimento de saúde dentre as especialidades: clínica médica, cirúrgica, neurológica, ortopédica, pediátrica. Dispõe de serviço de enfermagem, médica, serviço social, nutrição, fisioterapia e não dispõe de UTI. A referência para encaminhamento dos casos complexo é direcionada para a capital São Luís ou para hospitais regionais da cidade de Alto Alegre, Peritoró ou Coroatá - MA.

3.4 Aplicação do protocolo de classificação de risco

O processo de classificação se dará com base na identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro no período de maio a julho de 2014.

O processo de classificação terá as seguintes considerações (Apresentação usual da doença; 2 - Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.); 3 - Situação – queixa principal; 4- Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O₂ – escala de dor - escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.); 5 - Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.

Terá a avaliação do paciente (Queixa principal- Início – evolução – tempo de doença, Estado físico do paciente, Escala de dor e de Glasgow, Classificação de gravidade, Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios, Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O₂) e todos esses dados serão registrados na ficha de atendimento do paciente, considerando todos os pontos acima citados.

3.5 Análise dos dados

Os dados serão analisados com base das respostas registradas na ficha de atendimento do paciente que serão coletados no processo de classificação de risco por meio do protocolo de Manchester, em seguida será realizada a tabulação dos dados por meio do programa Microsoft Office Excel e posteriormente serão transportados e analisados os dados ao programa SPSS v. 20.

Para os dados quantitativos serão realizadas análises descritivas como medidas de tendência central (média, mediana), dispersão (desvio padrão) e teste X^2 para os tipos de avaliação com as variáveis sócio-demográficas do paciente.

Para classificar as queixas dos pacientes serão analisadas as falas para posteriormente realizar uma análise destas por meio do programa ALCESTE.

3.6 Procedimentos Éticos

A pesquisa será submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, após a aprovação desta e com a declaração da Secretaria Municipal de Saúde da cidade, bem como autorização do gestor do Hospital autorizando a realização da coleta de dados no referido hospital será iniciada a pesquisa de campo. Por se tratar de uma pesquisa de Tecnologia produzida e não terá contato direto com o paciente (entrevista), não será necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE do público alvo.

Haverá a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantindo-se de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência) (BRASIL, 2012).

4 ORÇAMENTO

| N DE ORDEM | ITEM | VALOR UNITÁRIO (R\$) | QUANTIDADE | VALOR TOTAL (R\$) |
|-------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------|--------------------------|
| 1 | Impressora multifuncional | 207,00 | 1 | 207,00 |
| 2 | Cartucho de tinta | 75,00 | 1 | 75,00 |
| 3 | Resma de papel A4 | 12,00 | 1 | 12,00 |
| 4 | Canetas | 0,50 | 5 | 2,50 |
| 5 | Tradução para o inglês | 45,00 a lauda | 1 | 45,00 |
| 6 | Correção ortográfica | 1,50 por lauda | 40 pg | 60,00 |
| 7 | xerox | 0,10 | 200 | 20,00 |
| Total | | | | 421,05 |

5 CRONOGRAMA

| 2014 | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| DESCRIÇÃO DAS ESTAPAS | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI |
| Escolha do tema | X | | | | |
| Revisão de literatura | | X | X | X | |
| Elaboração do plano de ação | | | X | X | X |
| Apresentação do plano de ação | | | | | X |
| Encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética da Universidade | | | | | X |
| Coleta Dados\Implantação do plano de ação | | | | | X |
| Análise dos Resultados | | | | | X |
| Elaboração do final do plano de ação | | | | | |
| Apresentação/defesa do Artigo | | | | | |

REFERÊNCIAS

ALBINO, R.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de urgência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis. v.36, n.4, p.70-75, 2007.

AZEVEDO, J.M.R.; BARBOSA, M.A. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. **Revista de Enfermagem UERJ**. v.15, n.1, p.33-9. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012** – Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 2012.

_____. **Portaria nº 2.048, de 5 de Novembro de 2002**. Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. Brasília, 2002.

_____. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **HumanizaSUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004. 49p.

_____. **Política Nacional de Atenção as Urgências**. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde. 1 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2007.

GORANSSON, KE.; EHRENBORG, A.; MARKLUND, B.; EHNFORSS, M. Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. **Scan J Caring Sci**, v. 19, p. 432-438, 2005.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação**. Classificação de risco Urgência e Emergência. 1º Ed. Brasil, 2010.

MACHADO, S.C.E.P et al. **Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes na emergência.** Relato de experiência. Hospital das Clínicas de Porto Alegre. 2007.

PIRES, P.S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência:** Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). 2003. 206p. [Tese] Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2003.

POLI, P.; NORMAN, A.H. Acolhimento e (des) medicalização: reflexões sobre essa prática em um Centro de Saúde. 8º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e 2º Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2006; São Paulo. **São Paulo:** Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2006. p. 246.

SANTOS, A.E. **Humanização em serviços de enfermagem.** In CALIL, A.M.; PARANHOS, W.Y, organizadoras. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Editora Atheneu; 2010. p.139-48.

SOUZA, A.C.C. Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza, CE, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.4, p. 535-9, jul./ago. Brasília, 2009.

SOUZA, C.C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos.** 2009 121f. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

SOUZA, R.S.; BASTOS, M.A.R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **reme – Rev. Min. Enferm.** v.12, n.4, p. 581-586, out./dez. Belo Horizonte – MG, 2008.

SOUZA, C.C et al. Classificação de Risco em Pronto Socorro: concordância entre o protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Rev. Latino Americana de Enfermagem.** v.19, n.1, p 8, jan./fev. 2011.

SILVA, A.M. **Triagem de prioridades. Triagem de Manchester.** 2009 232f. Dissertação (Mestrado em Medicina de Catástrofe) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto, 2009.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública.** v.20, (sup 2), p.190-8, 2004

APÊNDICE

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: _____ **PERÍODO:** _____

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Identificação: _____ Idade: _____

Sexo: () Fem () Masc. Profissão: _____ Estado Civil _____

Endereço: _____

II- DADOS DA OCORRÊNCIA

Data: _____ Horário de chamada: _____ Horário de chegada no local: _____

Local da ocorrência: _____

Tipo de Ocorrência: _____

Número de vítimas: _____

III- DIMENSIONAMENTO DA CENA

Cena: () Rua () Calçada () Residência () Outros _____

Condição Climática: () Chuvoso () Ensolarado () Calor () Frio

Posição da vítima: () Dorsal () Lat. D () Lat. E () Ventral () Sentado () Deambulando () Preso em ferragens

Cinemática do Trauma: () Colisão Frontal () Colisão lateral () Colisão traseira () Capotamento () Ejeção ____m () Atropelamento () Derrapagem lateral () Afogamento () FAF () FAB () Asfixia () Crise convulsiva () AVE () Parto emergência () choque elétrico () Intoxicação exógena () Queda _____ () Outros _____

IV- DADOS

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

() Consciente () Inconsciente

A: Vias Aéreas e Controle de Coluna Cervical

Vias aéreas () Pérvia () Corpo estranho _____

Imobilização da coluna cervical: () Sim () Não

B: Padrão Respiratório

() Dispneico () Apneico () Eupneico () Taquipneico () Bradipneico FR _____

Tórax: () Simétrico () Assimétrico () Hematomas () Lesões _____

Expansibilidade torácica: () Preservada () Diminuída () Ausente

C: Padrão Circulatório

() Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Ausência FC _____

Pulso: () Cheio () Filiforme () Rítmico () Arrítmico

D: Avaliação Neurológica

() Alerta () Resposta verbal () Resposta dolorosa () Sem Resposta

E: Exposição e Controle de Hipotermia

RESPOSTA VERBAL:

() Orientada – 5 () Confusa – 4 () palavras inapropriadas – 3 () sons incompreensíveis – 2
() nenhuma – 1

RESPOSTA MOTORA:

() obedece comandos – 6 () Localiza dor- 5 () reage a dor (retirada) – 4 () decorticação – 3
() decerebração – 2 () não reage a dor – 1

PUPILAS

() isocóricas () anisocóricas D>E () anisocóricas E>D () midriase () miose () fotorreação

PELES E MUCOSAS:

() normocorada () hipocorada _____/4+ () fria () pegajosa () cianótica

CABEÇA E PESCOÇO:

() íntegra () lesão crânio: _____ () perda de massa () crepitações face () olhos de guaxinim () sinal de batle () otorragia () Otorréia () rinorragia () rinorréia () equimose (local):
_____ () desvio de traquéia () estase de jugular

CAVIDADE ORAL

() integra () livre () prótese () sangramento () secreção () avulsão de dentes () fratura de dentes

TÓRAX

() integro () simetria () assimetria () lesões () hematomas () MV + () MV ↓ _____
() MV – () ruídos adventícios _____ () ressonante () timpanismo () hipertimpanismo () macicez () crepitações () movimentos paradoxal
Bulhas: () rítmica () arrítmica () abafada () hipofonética () normofonética () hiperfonética () sopros

ABDOME

() integro () lesões _____ () escoriações () hematomas () plano () globoso () semi globoso () distendido () flácido () rígido () timpanismo () macicez () doloroso palp. Superficial () doloroso palp. Profunda () indolor () RHA + () RHA -

PELVE / GENITALIA

() integra () equimose () crepitação () edema de bolsa escrotal / ... () lesões () sangramento uretral / vaginal

1. Escoriações (E)
2. Incisões (I)
3. Corto contuso (CC)
4. Perfurante (P)
5. Hemorragia (H)
6. Fratura exposta (FE)
7. Fratura fechada (FF)
8. Queimaduras (Q1) (Q2) (Q3) Extensão: _____%

Cabeça: 9%

Tronco: 18% ant. 18% post.

Genitália: 1%

Membros superiores: 9% cada

Membros inferiores: 18% cada

Procedimentos:

() aspiração de VA () Colar cervical () Cânula de Guedel () cateter O2 ____ L/min. () Mascara O2____ L/min. () Mascara / ambú () curativo valvulado () compressão direta () compressão pontos artérias () elevação membros () imobilização () Imob. c/ tala fácil () Imob. c/ tala de tração () Imob. c/ bandagens () Imob. Prancha rígida

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

1. SSVV

FR: _____ FC: _____ PA: _____ T: _____

2. EXAME FISÍCO

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA: Galsgow total:_____

ABERTURA OCULAR: () espontânea – 4 () ordem verbal – 3 () estímulo doloroso – 2 () nenhma – 1

MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

MMSS: () simétricos () escoriações () hematomas () edema () lesão _____()
crepitação () paresia _____ () parestesia _____ () plegia _____
() dor () luxação _____

MMII: () simétricos () escoriações () hematomas () edema () lesão _____()
crepitação () paresia _____ () parestesia _____ () plegia _____
() dor () luxação _____

DORSO

() integro () lesões _____ () hematomas () desvio de coluna () escoriações

Local e Data Assinatura

ANEXOS

Escala de triagem estabelecida pelo Protocolo de Manchester

| NÚMERO | NOME | COR | TEMPO ALVO |
|---------------|---------------|------------|-------------------|
| 1 | EMERGENTE | | 0 |
| 2 | MUITO URGENTE | | 10 |
| 3 | URGENTE | | 60 |
| 4 | POUCO URGENTE | | 120 |
| 5 | NÃO URGENTE | | 240 |

Fonte: SOUZA, 2009.


ESCALA DE COMA DE GLASGOW

| VARIÁVEIS | | ESCORE |
|------------------------|--------------------------|---------------|
| ABERTURA OCULAR | ESPONTÂNEA | 4 |
| | À VOZ | 3 |
| | À DOR | 2 |
| | NENHUMA | 1 |
| RESPOSTA VERBAL | ORIENTADA | 5 |
| | CONFUSA | 4 |
| | PALAVRAS INAPROPRIADAS | 3 |
| | PALAVRAS INCOMPREENSIVAS | 2 |
| RESPOSTA MOTORA | NENHUMA | 1 |
| | OBEDECE COMANDOS | 6 |
| | LOCALIZA DOR | 5 |
| | MOVIMENTO DE RETIRADA | 4 |
| | FLEXÃO ANORMAL | 3 |
| | EXTENSÃO ANORMAL | 2 |
| | NENHUMA | 1 |

| TOTAL MÁXIMO | TOTAL MÍNIMO | INTUBAÇÃO |
|---------------------|---------------------|------------------|
| 15 | 3 | 8 |

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO


0. PRIORIDADE ZERO (VERMELHA)



ENCAMINHAR DIRETAMENTE PARA A SALA DE RESSUSCITAÇÃO E AVISAR A EQUIPE MÉDICA, ACIONAMENTO DE SINAL SONORO. NÃO PERDER TEMPO COM CLASSIFICAÇÃO. ATENDIMENTO EM 15 MINUTOS. EM MORTE IMINENTE. (EXEMPLO: PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA,

1.

1 PRIORIDADE I (AMARELA)



ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA IMEDIATA; URGÊNCIA, AVALIAÇÃO EM, NO MÁXIMO, 30 MINUTOS. ELEVADO RISCO DE MORTE. (EXEMPLO: TRAUMA MODERADO OU LEVE, TCE SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA, QUEIMADURAS MENORES, DISPNEIA LEVE A MODERADA, DOR ABDOMINAL, CONVULSÃO, CEFALÉIAS, IDOSOS



2. PRIORIDADE II (VERDE)

ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA, URGÊNCIA MENOR.

AVALIAÇÃO EM, NO MÁXIMO, 1 HORA. REAVALIAR PERIODICAMENTE. SEM RISCO DE MORTE.

(EXEMPLO: FERIMENTO CRANIANO MENOR, DOR ABDOMINAL DIFUSA, CEFALÉIA MENOR, DOENÇA PSIQUIÁTRICA, DIARRÉIAS, IDOSOS E GRÁVIDAS ASSINTOMÁTICOS, ETC.)



2. PRIORIDADE II (AZUL)

ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA, URGÊNCIA MENOR.

AVALIAÇÃO EM, NO MÁXIMO, 1 HORA. REAVALIAR PERIODICAMENTE. SEM RISCO DE MORTE.

(EXEMPLO: FERIMENTO CRANIANO MENOR, DOR ABDOMINAL DIFUSA, CEFALÉIA MENOR, DOENÇA PSIQUIÁTRICA, DIARRÉIAS, IDOSOS E GRÁVIDAS ASSINTOMÁTICOS, ETC.) E GRÁVIDAS ASSINTOMÁTICOS, ETC.)