

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ACOLHIMENTO  
com  
AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO  
de  
RISCO

Brasília – DF  
2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização

**HumanizaSUS**  
**ACOLHIMENTO COM**  
**AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**  
**UM PARADIGMA ÉTICO-ESTÉTICO NO FAZER EM SAÚDE**

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF  
2004

© 2004 Ministério da Saúde.  
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.  
Todos os direitos patrimoniais de autor, cedidos ao Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2004 – 15.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 3.º andar, sala 336

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 2587 / 315 2957

E-mail: [humanizaus@saude.gov.br](mailto:humanizaus@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br/humanizaus](http://www.saude.gov.br/humanizaus)

*Texto:*

Altair Massaro

Claudia Abbès

*Organização das cartilhas da PNH:*

Eduardo Passos

*Elaboração de texto, diagramação e layout:*

Cristina Maria Eitler (Kita)

*Fotos:*

Delegados participantes da 12.ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em Brasília, de 7 a 11 de dezembro de 2003), fotografados no stand do HumanizaSUS

*Fotógrafo:*

Cléber Ferreira da Silva

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

48 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

1. SUS (BR). 2. Política de saúde. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. II. Título. III. Série.

NLM WA 30 DB8

---

Catalogação na fonte – Editora MS – OS 2005/0050

*Títulos para indexação:*

Em inglês: HumanizaSUS. Reception with Evaluation and Hazardous Classification: an ethic-esthetic paradigm in making health

Em espanhol: HumanizaSUS. Acogida con evaluación y clasificación de riesgo: un paradigma ético y estético en el hacer en salud

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540 / 610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 2020 / 233 1774

Fax: (61) 233 9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora)

*Equipe editorial:*

Normalização: Leninha Silvério

Revisão: Denise Xavier Carnib Bezerra

Mara Rejane Vieira Soares Pamplona

## O Ministério da Saúde implementa a Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS

O HumanizaSUS é a proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Eis a aposta do HumanizaSUS.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.



A PNH não é para nós um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos poder tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo. Para nós, então, o HumanizaSUS se apresenta como uma política construída a partir de experiências concretas que identificamos e queremos multiplicar. Daí a importância da função multiplicadora das “Cartilhas da PNH”. Com elas, esperamos poder disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde.

Brasília, 2004



O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a 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. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.



*“Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade” (MERHY et al, 1999).*

É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos indivíduos. Isto deve ser implementado com a conseqüente constituição de vínculos entre os profissionais e a população, empenhando-se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, onde a defesa e afirmação de uma vida digna de ser vivida seja adotada como lema.

**Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada:**

- ora a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável;
- ora a uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados que afirma, na maior

parte das vezes, uma prática de exclusão social, na medida em que “escolhe” quem deve ser atendido.

Ambas as noções têm sua importância, entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Nesta definição tradicional de acolhimento, o objetivo principal é o repasse do problema tendo como foco a doença e o procedimento, e não o sujeito e suas necessidades.

Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços que, de modo geral, é organizado burocraticamente a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento.

Este funcionamento demonstra a lógica perversa na qual grande parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do







trabalho cotidiano. Lógica essa, que tem produzido falta de estímulo dos profissionais, menor qualidade da capacitação técnica pela não inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, e não inclusão dos saberes que os usuários têm sobre sua saúde, seu corpo e seu grau de sofrimento. Acresce-se a isso a não integração de diferentes setores e projetos e a não articulação com a rede de serviços no sistema de encaminhamento de usuários a serviços especializados, tornando o processo de trabalho solitário e fragmentado. O que vemos é que este modo de operar o cotidiano tem produzido sofrimento e baixa na qualidade de vida não só dos usuários, mas também dos profissionais de saúde. A reversão desse processo nos convoca ao desafio de construirmos alianças éticas com a produção da vida, onde o compromisso singular com os sujeitos, usuários e profissionais de saúde, esteja no centro desse processo. Essas alianças com a produção da vida implicam um

processo que estimula a co-responsabilização, um encarregar-se do outro, seja ele usuário ou profissional de saúde, como parte da minha vida. Trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento onde “eu me reinvento inventando-me com o outro”.

### **O acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho**

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

- protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;
- uma reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário;

- elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização por linhas de cuidado;
- mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode, também, garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;
- uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos;
- construir coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

Uma postura acolhedora implica em estar atento e poroso à diversidade cultural, racial e étnica. Vejamos aqui o caso de uma usuária de comunidade indígena que dá entrada numa unidade de saúde, e após o atendimento e realização do diagnóstico indica-se uma cirurgia (laparoscopia) urgente a ser realizada pelo umbigo. Após a comunicação do procedimento indicado, a usuária se recusa a realizá-lo dizendo não poder deixar que mexam no seu umbigo

pois este é a fonte da onde brota a vida e onde a alma circula. Após a recusa várias negociações foram feitas de forma a realizar o procedimento cirúrgico levando em conta os valores e saberes desse grupo.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas; identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário; e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de





produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações que, partindo do complexo encontro do sujeito profissional de saúde e sujeito demandante, possibilitam analisar:

- a adequação da área física;
- as formas de organização dos serviços de saúde;
- a governabilidade das equipes locais;
- a humanização das relações em serviço;
- os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde;
- o ato da escuta e a produção de vínculo;
- o compartilhamento do conhecimento;
- o uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida.

## O acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde

O acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade.

Vejamos a história de A. de 15 anos: ela chega a uma unidade de saúde andando, trajando uniforme escolar, sozinha, e dirige-se à recepção, onde o processo de acolhimento se faz à maneira tradicional – por meio de triagem burocrática, sem sistematização de um processo de Classificação de Risco com protocolo estabelecido –, visivelmente angustiada e diz estar com muita dor na barriga. A profissional da Recepção avalia que ela pode ficar na fila e, depois de 35 minutos esperando, A. volta à recepção dizendo que a dor

está aumentando, mas é reconduzida a esperar a sua vez na fila. Depois de 15 minutos A. cai no chão, é levada para o atendimento e morre por ter ingerido veneno de rato para interromper uma gravidez indesejada.

O que a história de A. nos indica é a urgência de reversão e reinvenção dos modos de operar os processos de acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde objetivando:

- a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada;

- a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas;

- mudança de objeto da doença para o doente (sujeito);

- uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;

- o aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais, buscando orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas

para a solução;

- o aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;

- a operacionalização de uma clínica ampliada que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, construção de vínculo terapêutico visando a aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde, e a elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo.

Importante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, e deve traduzir-se em qualificação da produção de saúde








complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar, de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. Nesse sentido, *todos* os profissionais de saúde fazem acolhimento. Entretanto, as portas de entrada dos aparelhos de saúde podem demandar a necessidade de um grupo especializado em promover o primeiro contato do usuário com o serviço, como Prontos-Socorros, Ambulatórios de Especialidades, Centros de Saúde etc., grupo este afeito às tecnologias relacionais, produção de grupalidades e produção e manipulação de banco de dados.

A tecnologia de **Avaliação com Classificação de Risco**, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

Desta maneira exerce-se uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.

Estas duas tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho.



**Neste entendimento, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho. Em sua implementação, o acolhimento, extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas.**

## Alguns pontos críticos desse processo:

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes, sem prejudicar a qualidade das ações, e sem transformar o serviço de saúde em excelente produtor de procedimentos.
- Superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, de modo que amplie a escuta e que recoloca a perspectiva humana na interação entre profissionais de saúde e usuários.
- Reconfigurar o trabalho médico no sentido de superar o papel central que ele vem ocupando e integrá-lo no trabalho da equipe, garantindo o compartilhamento de saberes para um ganho na potência das diferentes categorias.
- Transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos, e adequar respostas à complexidade de problemas trazidos pelos usuários. Além disso, potencializar profissionais comuns e especializados, sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de cada categoria.
- Explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

## Algumas ferramentas teóricas disponíveis:

➤ Fluxograma Analisador: “Diagrama em que se desenha um certo modo de organizar os processos de trabalho que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção.” (MERHY, 1998). Foto das entradas no processo, etapas percorridas, saídas e resultados alcançados, análise do caso. Funciona como ferramenta para reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia a dia dos serviços.

➤ Oficinas de discussão e construção de ações com acento no trabalho grupal multiprofissional com a participação de equipe local e/ou consultorias externas.

➤ Elaboração de Protocolos: sob a ótica da intervenção multiprofissional na qualificação da assistência, legitimando: inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, humanização do atendimento, identificação de risco por todos os profissionais, definição de prioridades e padronização de medicamentos.





## Acolhimento com Classificação de Risco

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

### Justificativa:

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas do Pronto-Socorro, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho deste serviço de saúde de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus

de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.

A disponibilização dessa tecnologia não deve abranger a todos os que procuram o serviço, em especial nos locais onde a demanda é excessiva, ou corre-se o risco de se produzir um novo gargalo na entrada; o contrário disto é uma hipertrofia neste serviço podendo prejudicar a constituição de outras equipes importantes na unidade. Desta forma a utilização da Avaliação/Classificação de Risco deve ser por observação (a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário, sendo aqui necessário capacitação mínima para tanto) ou por explicitação (o usuário aponta o agravo). O fato de haver indivíduos que “passam na frente” pode gerar questionamentos por aqueles que sentem-se prejudicados, no entanto isso pode ser minimizado com divulgação ampla aos usuários na sala de espera do processo utilizado. Àqueles que ainda resistem, o processo de escuta deve ser exercitado utilizando-se a própria tecnologia para tanto.





## Objetivos da Classificação de Risco:

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto-Socorro humanizando o atendimento.
- Descongestionar o Pronto-Socorro.
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade.
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Exemplo: ortopedia, ambulatórios, etc.
- Informar os tempos de espera.
- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários.
- Retornar informações a familiares.

## Pré-requisitos necessários

### à implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Risco:

- Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco;
- Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança);
- Sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos;
- Quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico;
- Adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico:
  - Área de Emergência
  - Área de Pronto Atendimento

## Emergência

A área de Emergência, nesta lógica, deve ser pensada também por nível de complexidade, desta forma otimizando recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica.



- Área Vermelha – área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as seguintes áreas:
- Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada.
- Área Verde – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

### Pronto Atendimento

**Área Azul** – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

- Área de acolhimento com fluxo obrigatório na chegada.
- Área física que favoreça a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade, seguindo-se os conceitos de ambiência.
- Consultório de enfermagem, classificação de risco e procedimentos iniciais com os seguintes materiais para o atendimento às eventuais urgências:

- Monitor e eletrocardiógrafo
  - Oxímetro de pulso
  - Glucosímetro
  - Ambu Adulto e Infantil
  - Material de Intubação Adulto e Infantil
  - Material de punção venosa
  - Drogas e soluções de emergência
  - Prancha longa e colar cervical
- Consultórios médicos
  - Serviço Social
  - Sala de administração de medicamentos e inaloterapia
  - Consultórios para avaliação de especialidades

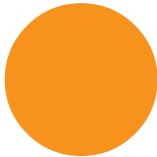
### Processo de Acolhimento e Classificação de Risco:

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;

➤ Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Importante destacar que esta avaliação pode se dar por explicitação dos Usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessário capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.



**A Central de Acolhimento tem sua demanda atendida imediatamente sem precisar esperar consulta médica (procura por exames, consultas ambulatoriais, etc.), evitando atendimento médico de forma desnecessária.**

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/ Duração (QPD)
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas)
  - Uso de medicações
  - Verificação de sinais vitais
  - Exame físico sumário buscando sinais objetivos
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

**A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:**

**■ Vermelho:** prioridade zero – **emergência, necessidade de atendimento imediato.**

**■ Amarelo:** prioridade 1 – **urgência, atendimento o mais rápido possível.**

**■ Verdes:** prioridade 2 – **prioridade não urgente.**

**■ Azuis:** prioridade 3 – **consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.**





Obs.: a identificação das prioridades pode ser feita mediante adesivo colorido colado no canto superior direito do Boletim de Emergência.

### Um Exemplo de Protocolo para

**Classificação de Risco:** (Protocolo, 2001)

**Vermelhos:** pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido à necessidade de atendimento imediato:

#### Situação/Queixa

- Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG < 12.
- Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios.
- Trauma Cranioencefálico grave – ECG < 12.
- Estado mental alterado ou em coma ECG < 12; história de uso de drogas.

- Comprometimentos da coluna vertebral.
- Desconforto respiratório grave.
- Dor no peito associada à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso).
  - Perfurações no peito, abdome e cabeça.
  - Crises convulsivas (inclusive pós-crise).
  - Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12.
  - Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória.
  - Tentativas de suicídio.
  - Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia).
  - Parada cardiorrespiratória.
  - Alterações de sinais vitais em paciente sintomático:

- Pulso > 140 ou < 45
  - PA diastólica < 130 mmHg
  - PA sistólica < 80 mmHg
  - FR >34 ou <10
- Hemorragias não controláveis.
  - Infecções graves – febre, exantema peteiquial ou púrpura, alteração do nível de consciência.

Há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamadas **Bandeiras Vermelhas**, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente:

- Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h.
- Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões.
- Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente.
- Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e, ocasionalmente, com respostas inapropriadas.
- Fraturas da 1.ª e 2.ª costela.
- Fraturas 9.ª, 10.ª, 11.ª costela ou mais de três costelas.

- Possível aspiração.
- Possível contusão pulmonar.
- Óbitos no local da ocorrência.

**Amarelos:** Pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco.

### Situação/Queixa:

- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais.
- Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, paraestésias, alterações do campo visual, dislalia, afasia.
- Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15).
- Diminuição do nível de consciência.







- Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental.
- História de Convulsão /pós-ictal–convulsão nas últimas 24 horas.
- Dor torácica intensa.
- Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes).
- Crise asmática.
- Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia.
- Desmaios.
- Estados de pânico, overdose.
- Alterações de sinais vitais em paciente sintomático:
  - a. FC < 50 ou > 140
  - b. PA sistólica < 90 ou > 240
  - c. PA diastólica > 130
  - d. T < 35 ou. 40

➤ História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC > 120.

➤ Epistaxe com alteração de sinais vitais.

➤ Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre).

➤ Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais; gravidez confirmada ou suspeita.

➤ Náuseas/Vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais.

➤ Desmaios.

➤ Febre alta ( 39/40° C).

➤ Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa.

➤ Intoxicação exógena sem alteração de sinais





vitais, Glasgow de 15.

- Vítimas de abuso sexual.
- Imunodeprimidos com febre.

**Verdes:** Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera até 30 minutos.

- Idade superior a 60 anos.
- Gestantes com complicações da gravidez.
- Pacientes escoltados.
- Pacientes doadores de sangue.
- Deficientes físicos.
- Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro.
- Impossibilidade de deambulação.
- Asma fora de crise.
- Enxaqueca – pacientes com diagnóstico

anterior de enxaqueca.

- Dor de ouvido moderada à grave.
- Dor abdominal sem alteração de sinais vitais.
- Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve.
- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação.
- História de convulsão sem alteração de consciência.
- Lombalgia intensa.
- Abscessos.
- Distúrbios neurovegetativos.
- Intercorrências ortopédicas.

**Obs.: Pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.**

**Azuis:** Demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima.

- Queixas crônicas sem alterações agudas.
- Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas

médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos

Após a consulta médica e a medicação o paciente é liberado.

### Exemplo de Roteiros de Avaliação para Classificação de Risco

**Situação / Queixa:** O paciente queixa-se de:

- cefaléia
- tontura / fraqueza
- problemas de coordenação motora
- trauma cranioencefálico leve / moderado
- diminuição no nível de consciência / desmaios
  - distúrbios visuais (diplopia, dislalia, escotomas, hianopsia)
- confusão mental
- convulsão
- paraestésias e paralisias de parte do corpo

### História passada de:

- Pressão arterial alta
- Acidente vascular cerebral

- Convulsões
- Trauma cranioencefálico
- Trauma raquimedular
- Meningite
- Encefalite
- Alcoolismo
- Drogas

### Medicamentos em uso

O paciente deverá ser avaliado em relação:

- Nível de consciência
  - ◆ Consciente e orientado
  - ◆ Consciente desorientado
  - ◆ Confusão mental
  - ◆ Inquieto
- Discurso
  - Claro
  - Incoerente e desconexo





- Deturpado
- Dificuldade de falar
- Responsivo ao nome, sacudir, estímulos dolorosos apropriados ou desapropriados
- Pupilas:
  - ◆ Fotorreagentes
  - ◆ Isocórica, anisocórica, miose, midríase, ptose palpebral
  - ◆ Movimento ocular para cima e para baixo/esquerda e direita.
- Habilidade em movimentar membros superiores e membros inferiores
- Força muscular
- Paraestésias / plegias / paresias
- Dificuldade de engolir, desvio de rima
- Tremores
- Convulsões

Verificação dos Sinais Vitais: **PA, Pulso Respiração e Temperatura.**

## Avaliação cardiorespiratória

**Situação/Queixa:** pacientes com queixas de:

- tosse produtiva ou não
- dificuldades de respirar/cianose
- resfriado recente
- dor torácica intensa (ver mnemônico de avaliação)
- fadiga
- edema de extremidades
- taquicardia
- síncope

**História passada de:**

- Asma/bronquite
- Alergias
- Enfisema
- Tuberculose
- Trauma de tórax
- Problemas cardíacos
- Antecedentes com problemas cardíacos
- Tabagismo



## Mnemônico para avaliação da dor torácica: PQRST

- ◆ **P** – O que **provocou** a dor? O que piora ou melhora?
- ◆ **Q** – Qual a **qualidade** da dor? Faça com que o paciente descreva a dor, isto é, em pontada, contínua, ao respirar, etc.
- ◆ **R** – A dor tem aspectos de **radiação**? Onde a dor está localizada?
- ◆ **S** – Até que ponto a dor é **severa**? Faça com que o paciente classifique a dor numa escala de 1 a 10.
- ◆ **T** – Por quanto **tempo** o paciente está sentindo a dor? O que foi tomado para diminuir a dor?

Associar história médica passada de: **doença cardíaca ou pulmonar anterior, hipertensão, diabetes e medicamentos atuais**

Sinais vitais: **Verifique PA e P. Observe hipotensão, hipertensão, pulso irregular, ritmo respiratório, cianose, perfusão periférica.**

Procedimentos diagnósticos: **Monitorização Cardíaca e Eletrocardiograma, Oximetria.**

## Encaminhamento para **Área Vermelha**:

➤ dor torácica ou abdome superior acompanhada de náuseas, sudorese, palidez.

➤ dor torácica com alteração hemodinâmica.

➤ dor torácica e PA sistólica superior ou igual 180, PAD igual ou superior a 120.

➤ pulso arritmico ou FC superior a 120 bpm

➤ taquidispnéia , cianose, cornagem, estridor (ruídos respiratórios).

➤ FR menor que 10 ou superior a 22.

### Avaliação da dor abdominal aguda

A dor **abdominal aguda** é uma queixa comum, caracterizando-se como sintoma de uma série de doenças e disfunções.

Obtenha a **descrição da dor** no que se refere a:

➤ Localização precisa

➤ Aparecimento

➤ Duração

➤ Qualidade

➤ Severidade





- Manobras provocativas ou paliativas
- Sintomas associados: febre, vômitos, diarreia, disúria, secreção vaginal, sangramento.

**Em mulheres em idade fértil, considerar a história menstrual e tipo de anticoncepção.**

#### **Relacione a dor com:**

- Ingestão de medicamentos (particularmente antiinflamatórios e aspirina)
- Náuseas e vômitos
  - Ingestão de alimentos (colecistite, úlcera)
  - Sangramentos
  - Disúria/ urgência urinária/ urina turva/ hematuria/ sensibilidade supra púbica

#### **Observe:**

- Palidez, cianose, icterícia ou sinais de choque
- Posição do paciente (exemplo: na cólica renal o paciente se contorce)
- Distensão, movimento da parede abdominal, presença de ascites

➤ Apalpe levemente atentando para resistências, massas, flacidez e cicatrizes

Sinais vitais: **observe hiperventilação ou taquicardia, pressão arterial, temperatura**

Procedimentos diagnósticos:

**Análise de urina**

**Eletrocardiograma** (pacientes com história de riscos cardíacos).

### **Encaminhamentos para área Vermelha:**

- Dor mais alteração hemodinâmica
- PAS menor que 90 ou maior que 180 / FC maior que 120 e menor que 50 / PAS  $\geq$  180
- Dor mais dispnéia intensa
- Dispnéia intensa
- Vômitos incoercíveis, hemetênese





## Avaliação da Saúde Mental

Uma avaliação rápida da saúde mental consiste na avaliação dos seguintes aspectos:

- aparência
- comportamento
- discurso
- pensamento, conteúdo e fluxo
- humor
- percepção
- capacidade cognitiva
- história de dependência química

### Aparência:

- arrumada ou suja
- desleixado, desarrumado
- roupas apropriadas ou não
- movimentos extraoculares

## Comportamento:

- estranho
- ameaçador ou violento
- fazendo caretas ou tremores
- dificuldades para deambular
- agitação

## Pensamentos:

### Conteúdo

- suicida
- ilusional
- preocupação com o corpo
- preocupação religiosa

### Fluxo

- aleatório, ao acaso
- lógico
- tangencial

## Discurso:

- velocidade
- tom
- quantidade

## Humor:

- triste
- alto
- bravo
- com medo
- sofrendo

## Capacidade cognitiva:

- orientado
- memória
- função intelectual
- *insight* ou julgamento

## Percepção:

- baseado na realidade
- ilusões
- alucinações

## Agitação Psicomotora

## Antecedentes Psiquiátricos

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo.(Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2003.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MEHRY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr/jun. 1999.

MERHY, E. MALTA, D. et al. Acolhimento um relato de experiência de Belo Horizonte. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D.; REIS, A. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público* São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-142.

PROTOCOLO de Acolhimento e Classificação de Risco do Pronto Socorro do Hospital Municipal “Dr. Mário Gatti” de Campinas São Paulo. 2001.







## CONHEÇA AS OUTRAS CARTILHAS DA PNH

- AMBIÊNCIA
- CLÍNICA AMPLIADA
- EQUIPE DE REFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL
- GESTÃO E FORMAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO
- GESTÃO PARTICIPATIVA / CO-GESTÃO
- GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO
- PRONTUÁRIO TRANSDISCIPLINAR E PROJETO TERAPÊUTICO
- VISITA ABERTA E DIREITO A ACOMPANHANTE
- HUMANIZAÇÃO E REDES SOCIAIS

