

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MATEUS FIGUEIREDO MARTINS COSTA

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2010

MATEUS FIGUEIREDO MARTINS COSTA

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

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

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2010

MATEUS FIGUEIREDO MARTINS COSTA

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

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

Orientadora: MARIA DO CARMO BARROS DE MELO

Banca Examinadora:

Aprovada em Belo Horizonte __/__/__

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2010

RESUMO

O atendimento aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, deve ser prestado por todas as portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, pelo conjunto das unidades básicas de saúde e suas equipes de Programa de Saúde da Família, pelas unidades de atendimento pré-hospitalares fixas e móveis e pelas unidades hospitalares, possibilitando a resolução dos problemas de saúde dos pacientes ou transportando-os de forma responsável a um serviço de saúde hierarquizado e regulado. O objetivo do trabalho é apresentar a importância da implantação do acolhimento com classificação de risco nas unidades de atenção primária de saúde (APS) a partir do relato da experiência bem sucedida na Unidade Básica de Saúde Cafezal, localizada no Aglomerado da Serra, região Sul de Belo Horizonte - MG. Trata-se de um relato de experiência pioneira, com discussão das formas de acolhimento vigentes, enfatizando a importância de tal ferramenta de atendimento como mecanismo de humanizar, universalizar e integralizar a assistência. O protocolo de acolhimento com classificação de risco utilizada na Unidade Básica de Saúde é uma adaptação do protocolo utilizado nas unidades municipais de urgência do município de Belo Horizonte à realidade da atenção primária de saúde. Dessa forma, podemos concluir que este trabalho apresenta um novo horizonte a ser trilhado pela atenção primária de saúde, uma atenção sistematizada e programada para ser eficaz naquilo que se propõe, agindo na promoção, prevenção e recuperação de agravos a saúde em uma determinada área de atuação.

Palavras chave: Acolhimento, Humanização, Atenção primária, Urgência.

ABSTRACT

The care of patients with acute, clinical, psychiatric or trauma, must be provided at all ports of entry of the Unified Health System (SUS), ie, the set of basic health units and their staffs Program Family Health, the units of pre-hospital and by fixed and mobile hospital units, enabling the resolution of the health problems of patients or transporting them in a responsible way to a health service hierarchy and regulated. The objective is to present the importance of implementing the host with the risk rating in the units of primary health care (PHC), based on reports of successful experience in the Basic Health Cafezal located in Particleboard Sierra region south of Belo Horizonte - MG. This is a story of pioneering experience, with discussion of the prevailing forms of care, emphasizing the importance of this tool as a means to humanize care, universal and integrate care. The protocol with the host risk classification used in the Basic Health Unit is an adaptation of the protocol used in the municipal emergency in the city of Belo Horizonte to the reality of primary health care. Thus, we conclude that this paper presents a new horizon to be followed by primary health care, a systematic and planned care to be effective in what it proposes, acting in the promotion, prevention and rehabilitation of injuries to health in a particular area of performance.

Keywords: Reception, Humanization, Primary, Urgency.

SUMÁRIO

1 Introdução -----	07
1.1 Justificativa -----	10
1.2 Acolhimento com Classificação de Risco – Aspectos Gerais -----	11
1.3 Aspectos Gerais na UBS Cafezal -----	14
2 Objetivo Geral -----	16
2.1 Objetivos Específicos -----	16
3 Materiais e Métodos -----	17
4 Resultados e Discussões -----	19
5 Considerações Finais -----	24
6 Referências -----	25
Anexo 1 - Sinais Vitais -----	27
Anexo 2 - Escala de coma de Glasgow -----	28
Anexo 3 - Escala de intensidade da dor -----	29
Anexo 4 - Escala de classificação de queimaduras -----	30
Anexo 5 - Tabelas para classificação de risco após avaliação -----	31

1- INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é a instituição que define a estrutura de assistência à Saúde Pública, e os serviços são prestados por órgãos e instituições públicas de nível federal, estadual, e municipal, tanto da administração direta como da indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

O SUS está organizado em três níveis de complexidade para o atendimento da demanda: nível primário, nível secundário e nível terciário. A totalidade das ações e dos serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida por esse conjunto de estabelecimentos, organizada em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinada segundo subsistemas, um para cada município, voltado ao atendimento integral da população. De acordo com o princípio de hierarquização, disposto na Lei 8.080, de 1990, o nível primário constitui-se como principal porta de entrada para os serviços de saúde, sendo esse o primeiro contato do cliente que procura assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Para concretização desse princípio o desafio foi reformular as prioridades do Ministério da Saúde em relação à organização da Atenção Primária. Passou-se, então, a organizá-la com base na integração entre a unidade de saúde e a comunidade, dentro de dado território, de acordo com o princípio de regionalização disposto na lei supracitada, tendo por referência o Programa Saúde da Família (MENDONCA, 2009).

O Programa Saúde da Família (PSF) – foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, desde então tem sido uma das prioridades para a reorganização dos serviços de saúde no Brasil. De acordo como o Ministério da Saúde o PSF nasceu com o objetivo de reorganizar a pratica assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital, a atenção, esta centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social.

Ao longo destes mais de quinze anos de implantação várias foram estratégias desenvolvidas a partir do PSF com o propósito de fortalecer a gestão do SUS, a atuação e resolutividade da atenção primária, porta de entrada e peça fundamental da organização dos serviços de saúde prestados. Talvez um dos maiores desafios do PSF atualmente seja melhorar a acessibilidade da população aos serviços de saúde, colocando em prática os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Esse texto faz uma referência à experiência bem sucedida na Unidade Básica de Saúde (UBS) Cafezal, onde foi implantado de forma inovadora o acolhimento com classificação de risco aos seus usuários, como forma de organizar a porta de entrada, bem como prestar assistência equânime e integral aos pacientes que procuram diariamente a unidade.

Esse modelo de assistência conjuga as características do acolhimento tradicional onde as portas da unidade estão abertas aos usuários, sem restrições de horários ou cotas de consultas, ao princípio da equidade, que prevê que todos somos iguais perante o SUS, porém com necessidades diferentes, sendo que para haver justiça é necessário julgar essas diferenças e dar mais prioridade àqueles que no momento mais necessitam, mas sem desconsiderar os outros.

O Ministério da Saúde (2006) definiu acolhimento como: “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender e admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.”

A idéia de “acolhimento” nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diversos serviços no SUS. Esta experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos. Essa nova modalidade de atendimento nasceu com o objetivo de humanizar e melhor organizar a assistência prestada nas portas de entrada do SUS em nosso país. 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.

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. Os serviços que baseiam somente nesta definição restrita de acolhimento convivem diariamente com filas “madrugantes” na porta, onde os pacientes disputam sem nenhum critério os primeiros lugares para serem atendidos, gerando assim insatisfação da clientela e baixa resolutividade das ações de saúde. Além destes problemas listados

anteriormente, o foco da assistência que deveria ser a saúde, volta à doença como em desastrosos tempos passados.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualidade da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2006).

A introdução da classificação de risco aos moldes do acolhimento tem como propósito a organização do atendimento na unidade a partir dos princípios da “equidade”, “universalidade”, “integralidade” e “acessibilidade”, onde toda a demanda será ouvida de forma humanizada, porém estrategicamente terá mais prioridade à assistência imediata aqueles casos que no momento mais necessitarem.

1.1 - JUSTIFICATIVA

Ao longo do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família, várias foram às inquietações que surgiram no decorrer do processo de construção do conhecimento que todos os alunos passaram. Esse trabalho surgiu como resultado de uma das inquietações, pois para quem está atuando na atenção primária em saúde é frustrante muitas vezes ver como a população assistida pelo SUS sofre para ter acesso e assistência de qualidade nas unidades que prestam tais serviços, apesar dos grandes avanços na saúde pública no Brasil.

Pensando em contribuir com a organização das portas de entrada das unidades da atenção primária, que hoje também são as principais portas de entrada dos usuários do SUS, além de oferecer assistência mais humanizada e eficaz, foi desenvolvido o protocolo de acolhimento com classificação de risco, aos moldes dos serviços prestados pelas UBS.

A implantação do protocolo de acolhimento com classificação de risco na UBS Cafezal traz consigo um novo momento para a reflexão sobre a atuação profissional na atenção primária, pois além de sistematizar a assistência nas prioridades, universaliza, integraliza, e permite que assistência seja mais equânime, permitindo também que os profissionais envolvidos na assistência tenham embasamento e segurança nas suas tomadas de decisão.

1.1 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – ASPECTOS GERAIS

O artigo 196 da Constituição Federal (1988) versa que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” o qual foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142) em 1990, culminando com a estruturação do SUS, provocando importantes mudanças no setor de saúde no Brasil. A partir daí, o SUS tem buscado sua superação e a construção de ações que concretizem os seus princípios e diretrizes, incluindo propostas como ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância e promoção da saúde.

O Dicionário Aurélio da Língua portuguesa define acolher como: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a. Outros autores consideram o acolhimento como “receber o ajudado calorosamente ao iniciar o encontro com ele, sendo que ao acolhê-lo deve-se transmitir receptividade e interesse, de modo que se sinta valorizado”.

O acolhimento significa a humanização do atendimento, isto é, das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários. Pressupõe ainda garantia de acesso a todas as pessoas e a escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do seu problema. Esse arranjo busca organizar uma nova “porta de entrada” que acolha todas as pessoas, assegurando a boa qualidade no atendimento, resolvendo o máximo de problemas e garantindo o fluxo do usuário para outros serviços quando necessário. Franco, Bueno e Merhy (1996) retrataram o acolhimento como uma tecnologia para a reorganização dos serviços, visando à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento. Nesse contexto, pontua problemas e oferece soluções e respostas por meio da identificação das demandas dos usuários, rearticulando os serviços em torno deles.

O Ministério da Saúde (2004) definiu a **classificação de risco** “como 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”.

Sendo assim, o acolhimento com classificação de risco pode ser definido como “Ferramenta dinâmica e sistematizada na sintomatologia apresentada pelos usuários no momento do acolhimento, onde os mesmos são classificados de acordo ao seu risco físico, psicológico ou social”. Sua classificação determinará a iminência ou não do

atendimento médico ou de enfermagem. Dessa forma, todos serão ouvidos, porém respeitando-se o princípio da equidade, os usuários que apresentarem maior grau de complexidade nas queixas ou sintomatologia terão prioridade (SES – MG, 2008).

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 (PNH, 2004).

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.

A idéia de priorizar os casos mais agudos no âmbito da saúde nasceu inicialmente da concepção militar, os feridos no campo de batalha eram submetidos a uma avaliação rápida: aqueles que estivessem em melhor condição voltavam para a batalha, sendo que os outros tinham prioridade no atendimento médico. Com todo o processo de urbanização acelerada e transformação profunda das relações sociais e econômicas, o setor da saúde foi consideravelmente afetado, pois se aumentou de forma significativa a procura por serviços de saúde em todos os seus níveis de atenção, mas principalmente os serviços de urgência, sendo assim houve várias tentativas em todo mundo de se criar protocolos que ordenassem e organizassem a assistência aos usuários desses serviços, para possibilitar uma assistência mais humana e eficaz. E assim, começaram a surgir os primeiros protocolos de triagem de risco para serem utilizados em portas de urgência.

Os modelos de triagem têm grande variação de acordo com as várias experiências em serviços geralmente isolados (sem concepção sistêmica). Há modelos que utilizam de 02 níveis até 05 níveis de gravidade, sendo os últimos mais aceitos na

atualidade. São quatro os modelos de triagem mais avançados e que passaram a ter uma concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços:

- **Modelo Australiano (ATS)** - Foi o pioneiro e sistematiza em tempos de espera de acordo com gravidade;
- **Modelo Canadense (CTAS)** - Muito semelhante ao modelo australiano, está sistematizado em grande parte do sistema canadense;
- **Modelo de Manchester (MTG)** - Trabalha com algoritmos e determinantes, associados a tempo de espera simbolizado por uma cor. Está sistematizado em vários países da Europa;
- **Modelo Americano (ESI)** - Trabalha com um único algoritmo que foca mais na necessidade de recursos para o atendimento. Não é usado em todo o país.

No Brasil, o estado de Minas Gerais foi o primeiro a adotar tal ferramenta de assistência em sua rede hospitalar, para tal foi utilizado o **protocolo de Manchester**, pois na comparação com os outros protocolos observou-se que este é o único que tem formato eletrônico e se baseia em algoritmos clínicos, além disso, é baseado em categorias de sintomas e não em escalas de urgência pré-definidas.

A cidade de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais, inovou e criou seu próprio protocolo de acolhimento com classificação de risco no ano de 2002, para ser utilizado na rede hospitalar do município bem como nas unidades de pronto atendimento. São poucas as diferenças entre o protocolo de Manchester e o utilizado atualmente na rede hospitalar municipal, a mais importante refere ao número de níveis que no Manchester são cinco e em BH são quatro.

1.2 - ASPECTOS GERAIS DA UBS CAFEZAL

A UBS Cafezal fez parte da primeira etapa de ações destinadas à reorganização da atenção básica de saúde no município de Belo Horizonte a partir da inserção do PACS no ano de 1999 e posteriormente do PSF no ano de 2002.

A unidade está localizada na Região Centro-Sul de Belo Horizonte, na qual reside uma população de aproximadamente 266.003 habitantes (IBGE-2000), dessa população 20% (51.402 habitantes) mora em área de risco. A UBS localiza-se estrategicamente no Aglomerado da Serra, onde o mesmo tem em sua área adscrita uma população de cerca de 9190 pessoas cadastradas (censo BH social/2010), sendo esta classificada como de risco elevado e muito elevado.

Para atender às inúmeras necessidades da população, a unidade do Cafezal conta com quatro equipes do Programa Saúde da Família (PSF), duas equipes de Saúde Bucal, uma Assistente Social e uma equipe médica de apoio composta por um clínico geral, uma ginecologista e uma pediatra além dos Agentes Comunitários de Saúde, que são quatro por equipe de PSF.

A unidade funciona das 07h30min às 18h00min de segunda a sexta-feira, onde a população tem livre acesso aos serviços disponibilizados, sendo estas: acolhimento, consultas médicas, consultas de enfermagem, grupos operativos voltados a gestantes, hipertensos, diabéticos, adolescentes e crescimento e desenvolvimento infantil, pré-natal, puericultura, imunização, curativos, acompanhamento familiar pelos agentes comunitários de saúde (ACS), visitas domiciliares pelos outros profissionais da unidade, além de planejamento familiar.

A população adscrita é dependente em todos os sentidos dos serviços ofertados pela unidade, fato este que gera uma demanda altíssima de atendimentos diários, só no ano anterior foram realizadas na unidade cerca de vinte e cinco mil consultas médicas e de enfermagem no centro de saúde, sendo uma parcela considerável de pacientes com quadros agudos, esta característica levou aos profissionais da unidade a buscar novas ferramentas de organização das demandas na unidade, como forma de propiciar um atendimento mais humano e que supra as reais necessidades da população, contribuindo assim com melhores condições de trabalho para os profissionais ali lotados. Uma das últimas ferramentas implementadas a rotina de atendimento da unidade foi justamente o “acolhimento com classificação de risco”, que é o assunto deste trabalho de conclusão de curso.

A tabela abaixo apresenta dados referentes a um sucinto diagnostico situacional da área da UBS Cafezal, tendo como base dados referente ao ano de 2009:

Tabela 1 – Diagnóstico Situacional da população atendida na UBS Cafezal de janeiro a dezembro do ano de 2009.

Diagnostico	Nº de pessoas
	2009
< menor de um ano	122
1 a 4 anos	645
10 a 19 anos	1951
> De 60 anos	622
Total de população cadastrada	9152
Nascidos Vivos	162
Gestantes	154
Asmáticos	229
Diabéticos	176
Hipertensos	888
Desnutridos	11
Acamados	17
Restritos ao domicilio	48
Saúde Mental	310
Consultas Médicas	17311
Urgências Médicas	712
Consultas de Enfermagem	2760
Acolhimentos	3727

2 - OBJETIVO GERAL

Discutir a importância da implantação do acolhimento com classificação de risco nas unidades de atenção primária de saúde (APS) a partir do relato da experiência bem sucedida na UBS Cafezal, região sul de Belo Horizonte.

2.1 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar a experiência desenvolvida na UBS Cafezal com relação à organização da demanda espontânea a partir da utilização do acolhimento com classificação de risco;
- Contribuir para realização de novas experiências relacionadas a esse tema no âmbito da atenção primária de saúde;
- Discutir as formas de acolhimento e organização da demanda espontânea das unidades de atendimento primário de saúde.

3 - MATERIAIS E MÉTODOS

A implantação do acolhimento com classificação de risco na UBS Cafezal surgiu a partir das constantes discussões realizadas na unidade em relação à melhoria do ambiente de trabalho e assistência prestada aos usuários. Essa nova modalidade de assistência a demanda espontânea tem como foco as queixas apresentadas pelos usuários no momento da assistência, e não aquele que chegou primeiro para ser atendido.

Esse é um estudo de caráter descritivo e analítico que tem como foco a implantação do acolhimento com classificação de risco na UBS Cafezal.

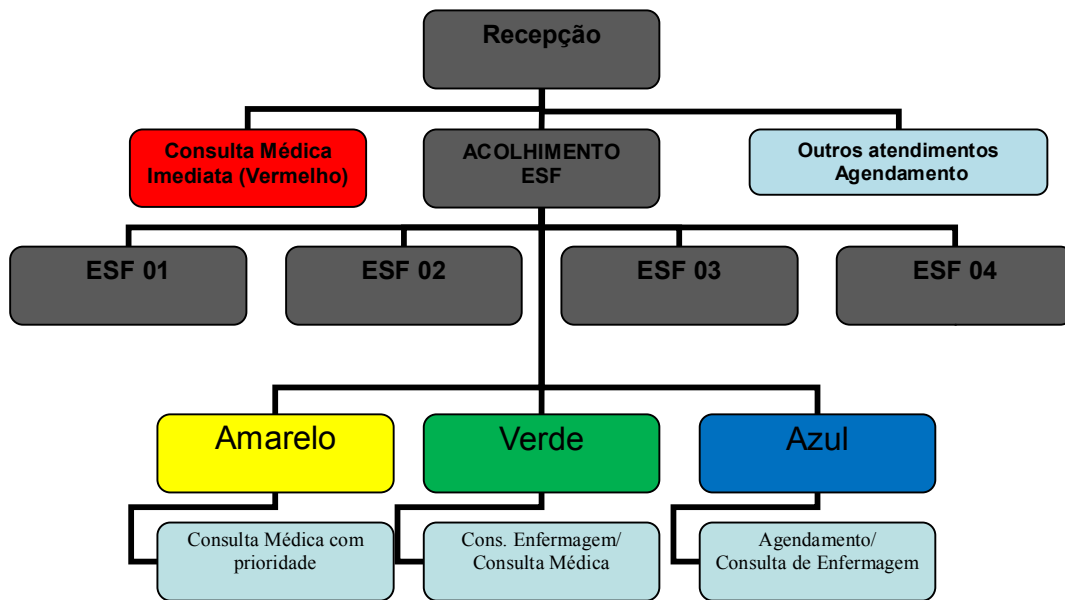
Para a implantação dessa ferramenta foi feita uma adaptação do protocolo de acolhimento com classificação de risco utilizado atualmente na rede de urgência da Prefeitura de Belo Horizonte a realidade da atenção primária de saúde e da UBS Cafezal. Após essa primeira etapa foi feito um treinamento com toda a equipe da unidade para o início dos trabalhos.

O acolhimento na unidade compreende todo o horário de funcionamento da mesma, que é das 07:30 horas às 18:00 horas, e na maioria das vezes independe de local específico para sua realização. É feito atualmente pelos auxiliares de enfermagem das quatro equipes de PSF da unidade com apoio dos respectivos enfermeiros. Dessa forma, as diversas queixas e as sintomatologias existentes foram sistematizadas e classificadas de acordo ao seu grau de risco, e dividida em quatro cores: Vermelha (emergência), amarela (urgência), verde (caso agudo) e azul (caso eletivo), sendo assim a classificação recebida pelo usuário no ato do acolhimento determinará a urgência ou não de seu atendimento e o profissional que irá atendê-lo, nos casos de classificação vermelha ou amarela seria o profissional médico, na classificação verde seria o enfermeiro ou médico, variando de acordo a queixa e sintomatologia, e o azul o paciente passaria por uma consulta de enfermagem ou seria agendado para outro dia.

Para uma boa dinâmica e agilidade no ato do acolhimento por parte dos profissionais que irão executá-lo foram elaboradas pastas constando todas as informações referentes às queixas de relevância e suas respectivas classificações, além de dados relativos aos sinais vitais separados por faixa etária, escala de classificação da dor, escala de Glasgow e escala de classificação de queimaduras e dimensão do corpo

queimadas. Esses protocolos ficam nos locais de realização do acolhimento para consulta dos profissionais responsáveis.

Dessa forma o usuário segue o seguinte fluxo quando chega à unidade:



O usuário é acolhido pela recepção da unidade, onde se procura investigar os motivos da procura do mesmo ao centro de saúde, sendo que no caso de atendimento devido a alguma queixa o mesmo é classificado ali mesmo, no caso da classificação vermelha ou amarela o mesmo é encaminhado diretamente à consulta médica, nos outros casos o mesmo é encaminhado ao setor de acolhimento das equipes de saúde da família (ESF), onde o mesmo é novamente classificado e lhe é dada uma definição do seu caso.

É importante salientar que este trabalho foi apresentado e aprovado pelo conselho gestor da UBS e pelo Conselho local da área de abrangência da unidade, com o objetivo de resguardar a população o direito de participação nas decisões tomadas referentes a saúde da comunidade adscrita.

Para ilustrar todo este processo foram levantados dados referentes aos atendimentos realizados na unidade, nos meses de março a maio do ano de 2010, que está explícito nos resultados do trabalho.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implantação do protocolo de acolhimento com classificação de risco no Centro de Saúde Cafezal se deu a partir do segundo semestre do ano de 2009, desta forma muitos dados ainda serão analisados posteriormente. A equipe e a comunidade ainda estão em processo de adaptação a essa nova modalidade de atendimento, mas apesar disso é possível observar uma mudança de postura dos profissionais que realizam o acolhimento. Eles se sentem mais respaldados na função que executam, além de mais participantes na assistência direta aos usuários, estes últimos, por sua vez, não estão impondo resistência ao fato de que a ordem de chegada à unidade para atendimento não ser muitas vezes determinante para o atendimento prioritário. A população atendida consegue demonstrar respeito àquela pessoa que no momento está mais necessitada, desenvolvendo a capacidade do exercício da cidadania.

As atuais formas de realizar “acolhimento” nas unidades de atenção primária de saúde, muitas vezes não respeitam os princípios dessa modalidade de atendimento, pois estabelecem horários e dias fixos para a realização desse atendimento, esquecendo que as patologias não escolhem hora. Além disso deixam de lado o princípio da acessibilidade previsto no texto constitucional sobre o direito à saúde, restringindo com tais barreiras administrativas o acesso da população aos serviços. Essas questões levantadas acabam por gerar assistência deficiente, com resolução limitada e que acaba gerando insatisfação da clientela e desconfiança nos serviços de saúde pública.

É importante ressaltar que a evolução nos serviços de saúde no Brasil passa fundamentalmente pela atenção primária, pois esta é a gestão norteadora do sistema, sendo assim ela deve estar cada vez mais qualificada para esta função. Esta qualificação se dá pelo bom planejamento das ações a serem ofertadas, com objetivos bem pautados e um sistema que possibilite uma constante avaliação dos resultados, para assim acompanhar a evolução da “saúde”, que é infinita. Dessa forma, é esperado que o protocolo de classificação de risco nas portas de entrada da atenção primária da saúde traga além dos benefícios com a organização da demanda espontânea, um trabalho que possibilite um planejamento estratégico voltado para uma qualificação dos

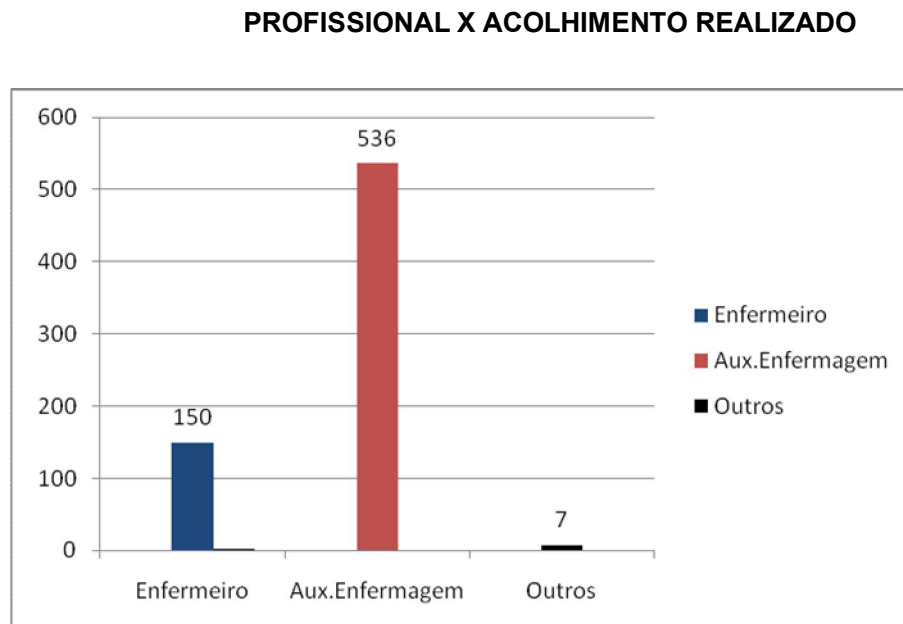
serviços prestados embasados nas constantes avaliações que este protocolo permite.

A implantação do acolhimento com classificação de risco está baseada na mesclagem dos três princípios fundamentais do SUS no Brasil: a universalidade, que garante a todos os usuários o direito a ter acesso aos serviços de saúde, independente de raça, origem, classe social, devendo o estado garantir esse direito por meio de políticas públicas; a integralidade, que estabelece ser um direito, uma assistência integral aos usuários em todos os níveis de atenção do SUS, contemplando assim as necessidades individuais e coletivas da população; e finalmente a equidade, que é o princípio da igualdade material, onde todos têm o direito ao acesso a saúde, mas estes devem ser tratados desigualmente na maneira que eles se desiguam, garantindo assim o estabelecimento de prioridades aqueles que no momento mais necessitem. A implantação deste protocolo não pode ser vista como uma ferramenta de restrição de direito à saúde, pelo contrário é uma forma de acolher humanamente a todos, mas estabelecendo critérios que possibilitem maior agilidade no atendimento, garantindo assim aqueles que mais sofrem uma resolução mais rápida dos seus problemas.

Contudo, o protocolo implantado na UBS Cafezal está possibilitando melhor organização da demanda da unidade, além de melhor visualização dos principais motivos que levam as pessoas a procurar a UBS para atendimento. Este fato, por sua vez, irá possibilitar futuramente desenvolver ações de cunho preventivo e de promoção de saúde, para diminuir o número de quadros agudos e crônicos agudizados, colocando assim, em prática, o principal papel das ESF, que é de fazer vigilância em saúde, trabalhando no sentido de evitar que a doença ocorra, melhorando assim a qualidade do serviço prestado e sua eficiência.

A inserção do protocolo a rotina da unidade se deu a partir do segundo semestre do ano de 2009, e vem ocorrendo de forma gradativa, motivo este que ainda impede uma apresentação mais completa referente ao tema. Para ilustrar como está o início dos trabalhos na UBS, os gráficos e tabelas abaixo evidenciam dados referentes a acolhimentos realizados nos meses de março a maio do ano de 2010 na unidade, bem como a classificação de risco após avaliação tabulado no mês de maio do ano de 2010.

Gráfico 1 – Proporção de acolhimentos realizados entre os seus executores nos meses de março a maio de 2010.



O gráfico acima apresenta os profissionais envolvidos no acolhimento na UBS, sendo observada acima uma predominância de acolhimentos realizados pelos auxiliares de enfermagem. A pactuação pelo protocolo é de que este profissional seja a referência para o primeiro contato com o usuário na unidade. O profissional enfermeiro fica na retaguarda do acolhimento, realizando tal procedimento após classificação e encaminhamento realizado previamente pelos auxiliares de enfermagem.

Tabela 2 – Número de acolhimentos realizados separados pelas ESF entre março e maio de 2010

ESF DO PACIENTE ACOLHIDO		
Realizados	690	100%
ESF 1	138	20%
ESF 2	109	16%
ESF 3	223	32%
ESF 4	213	31%
OUTROS	07	1%

A tabela 2 acima apresenta o total de acolhimentos realizados na UBS Cafezal, separados pelas equipes de saúde da família de referência para cada usuário. O item outros apresentado na tabela refere aos usuários de outras áreas de abrangência, ou de outras cidades, que por algum motivo apresentaram algum comprometimento de saúde e foram atendidos na unidade, fato este que comprova a prática do princípio da universalidade pela equipe da unidade.

Tabela 3 – Condutas tomadas após avaliação prévia, separada por ESF nos meses de março a maio de 2010.

CONDUTA DO ACOLHIMENTO							
	ALTA	P/ CONS. ENF	P/ CONS. MED	P/ SAÚDE MENTAL	P/ ESPECIALIDADE	TOTAL	%
PSF 1	21	35	78	02	02	138	21
PSF 2	18	28	61	01	01	109	16
PSF 3	88	25	106	02	02	223	32
PSF 4	80	27	105	0	1	213	31
TOTAL	207	115	350	05	06	293	100
%	30%	17%	51%	0,7%	0,9%	100 %	

Os dados acima evidenciam as condutas tomadas pelos profissionais envolvidos no acolhimento após avaliação dos usuários pelas respectivas ESF. Observando-se a prevalência de consultas médicas na unidade, fato este que justifica a classificação de risco dos usuários, para possibilitar uma assistência mais rápida aos casos mais complicados.

Tabela 3 - Acolhimentos realizados e classificados segundo sua complexidade no mês de Maio de 2010

RISCO	MANHÃ				TARDE				TOTAL
	ESF1	ESF2	ESF3	ESF4	ESF1	ESF2	ESF3	ESF4	
VERMELHO	--	-	-	-	-	-	-	-	0
AMARELO	2	4	6	2	10	1	1	15	41
VERDE	7	31	28	10	36	7	4	39	162
AZUL	5	16	22	7	27	3	3	40	123
TOTAL	14	51	56	17	73	11	8	30	326

A tabela acima apresenta uma amostragem de acolhimentos realizados e classificados de acordo ao protocolo de classificação de risco no mês de maio de 2010, onde é visto que o acolhimento é realizado por todas as equipes da unidade, sendo duas equipes pela manhã (equipes 2 e 3), e duas pela tarde (equipes 1 e 4), garantindo assim a acessibilidade da demanda espontânea em todo o horário de funcionamento.

É visto ainda nessa tabela a predominância de casos clínicos classificados como verdes e azuis, com minoria de casos amarelos e nenhum classificado como vermelho.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção do SUS é infinito e será mais aprimorado com o passar dos anos por meio das mudanças que ele mesmo acarreta. Ao longo de sua história, de mais de 20 anos, vários foram os pontos positivos. É considerável a mudança ocorrida no Brasil desde a sua implantação.

Levando-se em consideração de que as pessoas evoluem e junto à elas todo o processo saúde-doença se modifica, a atenção primária à saúde está evoluindo nos últimos anos a partir da implantação do PSF.

O “Acolhimento com Classificação de Risco” é uma evolução no processo de atendimento, pois a UBS é uma das portas de entrada dos usuários do SUS, e como tal se torna referência, não sendo possível a escolha do paciente ou da doença. Quanto mais organizada for esta porta de entrada, melhor será a assistência prestada, contribuindo assim para a assistência mais digna e humana

A implantação do acolhimento com classificação de risco na UBS Cafezal está ocorrendo dentro do prazo previsto, de acordo com a pactuação proposta e com a efetiva participação das equipes de saúde da família e de cada profissional envolvido. Até o momento, a predominância é dos casos classificados como “verdes”, evidenciando assim grau de complexidade compatível com o proposto para a maior parte dos atendimentos das UBSs, apesar desta também ser uma das portas de entrada para usuários com situações clínicas mais complexas.

Apesar de não ser possível ainda mensurar a satisfação da população com esta nova modalidade de atendimento pode-se dizer que a assistência tem se mostrado mais efetiva e sistematizada nas prioridades, dessa forma.

O presente trabalho além de contribuir como relato de experiência de sucesso para a assistência mais qualificada, faz parte do processo de construção da atenção primária de saúde, a qual acompanha a evolução dos serviços de saúde no Brasil., entendendo que *“a grande revolução nos sistemas de saúde só será possível quando o cerne da discussão for o valor gerado para o usuário”*.

REFERENCIAS

ABBÊS C, MASSARO A. *Acolhimento com Classificação de Risco*. Hospital Municipal Mário Gatti, Campinas, s.d.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo Técnico para Classificação de Risco nas UPA's*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. – 2º.Ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0915_M.pdf Acesso em: 15 de mar. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde – alterada)*. Brasília: Ministério da Saúde; 1990. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>> Acesso em: 22 Out. 2009

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. 2º. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 244p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf> Acesso em: 01 de Dez. 2009.

CARVALHO, C. A.P; *et al. Acolhimento aos Usuários: uma Revisão Sistemática do Atendimento no Sistema Único de Saúde*. Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, 2007.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. *Riscos Ocupacionais para Trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Revisão Bibliográfica*. Acta Paul. enferm., São Paulo, v. 19, nº. 2, Junho/2006 .

CORRÊIA, E.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. *Iniciação a Metodologia Científica: Participação em Eventos e Elaboração de Textos Científicos*. Belo Horizonte. Ed. UFMG, 2008.

FRANCO, T. B.; MERLY, E. E. *Programa Saúde da Família: Contradição de um Programa destinado à mudança do Modelo Tecnoassistencial*. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>. Acesso em: 22 de out. 2009.

Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.

LIMA, M. A. D. *et al. Acesso e Acolhimento em Unidades de Saúde na Visão dos Usuários*. Acta Paul. enferm. Vol.20 nº.1. São Paulo: Jan a Mar/2007.

MENDONCA, M. H. M.; VASCONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. d'Ávila. *Atenção Primária à Saúde no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Diretor da Atenção Primária. Acolhimento e Classificação de Risco*. 2008.

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte *Base de Dados de Produção*. 2009. Disponível em: <www.pbh.gov.br/saude/intranet> Acesso em: 20/06/2010.

TAKEMOTO, M. L.; SILVA, E. M. *Acolhimento e Transformações no Processo de Trabalho de Enfermagem em Unidades Básicas de Saúde de Campinas*. São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. Vol.23, nº 2. Rio de Janeiro. Fev/2007.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. *Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. Belo Horizonte. Editora UFMG, 2009.

Os anexos abaixo se referem a ferramentas incluídas nos protocolos (pastas), para serem utilizadas no ato da avaliação para classificação de risco.

Anexo 01

➤ **Sinais Vitais**

FAIXA ETÁRIA	FR	TEMP	PULSO
PREMATURO	40-60 irpm	35,9 a 36,7°C	120 a 170
RN	38-42 irpm	35,9 a 36,7°C	80 a 160
3 MESES	30-35 irpm	35,9 a 36,7°C	80 a 160
6 MESES	24-29 irpm	35,9 a 36,7°C	80 a 160
1 ANO	23-24 irpm	35,9 a 36,7°C	80 a 110
5 ANOS	18-22 irpm	35,9 a 36,7°C	80 a 110
15 ANOS	16-18 irpm	35,9 a 36,7°C	60 a 90
ADULTO	16-18 irpm	35,9 a 36,7°C	60 a 100

PRESSÃO ARTERIAL: Os valores de pressão arterial em prematuros e crianças variam de acordo ao percentil de estatura, devendo ser encaminhado ao pediatra os casos que necessitam de tal medida.

Valores Normais (adulto):

Pressão arterial sistólica > 90 mmhg e < 120 mmhg.

Pressão arterial diastólica < 90 mmhg.

OBS: Adultos com PA sistólica < 80 mmhg deveram ser encaminhados imediatamente para avaliação médica

Anexo 02 - 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
	NENHUMA	1
RESPOSTA MOTORA	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

Anexo 03 – Escala de intensidade da dor:

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.



Anexo 04 - Escala de classificação de queimaduras:

CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS	1º GRAU – Caracterizada por eritema, dor e ausência de bolhas (não são contabilizadas para estimar a SCQ)																
	2º GRAU – Pele vermelha rota, presença de bolhas, perda da solução de continuidade da pele, edema, extremamente dolorosas																
	3º GRAU – Pele pálida, brancacenta, às vezes com transparência dos vasos (coagulados), perda da solução de continuidade da pele com exposição do tecido celular subcutâneo, ausência de dor																
REGRA DOS NOVE (WALLACE) PARA CÁLCULO DA SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA (SCQ)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Segmento Corporal</th> <th style="text-align: right;">Porcentagem (SC)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cabeça e pescoço</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> <tr> <td>Cada membro superior</td> <td style="text-align: right;">9 (x 2)</td> </tr> <tr> <td>Cada quadrante do tronco</td> <td style="text-align: right;">9 (x 4)</td> </tr> <tr> <td>Cada coxa</td> <td style="text-align: right;">9 (x 2)</td> </tr> <tr> <td>Cada perna e pé</td> <td style="text-align: right;">9 (x 2)</td> </tr> <tr> <td>Genitais e períneo</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td style="text-align: right;">100</td> </tr> </tbody> </table> <p>SC: superfície corporal total.</p>	Segmento Corporal	Porcentagem (SC)	Cabeça e pescoço	9	Cada membro superior	9 (x 2)	Cada quadrante do tronco	9 (x 4)	Cada coxa	9 (x 2)	Cada perna e pé	9 (x 2)	Genitais e períneo	1	Total	100
Segmento Corporal	Porcentagem (SC)																
Cabeça e pescoço	9																
Cada membro superior	9 (x 2)																
Cada quadrante do tronco	9 (x 4)																
Cada coxa	9 (x 2)																
Cada perna e pé	9 (x 2)																
Genitais e períneo	1																
Total	100																

Anexo 05 – Tabelas para classificação de risco após avaliação:

PCR	PCR Parada respiratória Respiração agônica	<p>ATENIMENTO MÉDICO IMEDIATO ! PACIENTE TÍPICO: NÃO RESPONSIVO, DADOS VITAIS INSTÁVEIS OU AUSENTES, DESIDRATAÇÃO EXTREMA, INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA!</p> <p>NÃO PASSA PELA CLASSIFICAÇÃO</p>
TRAUMA MAIOR	Lesão grave de únicos ou múltiplos sistemas TCE com EC Glasgow ≤ 8 Grande queimado (>26%SCQ) ou acometimento de vias aéreas (síndrome de inalação) Trauma torácico e/ou abdominal com perfuração, taquidispnéia, alteração mental, hipotensão, taquicardia e dor intensa Grande queimado (>26%SCQ) ou acometimento de vias aéreas (síndrome de inalação) Lesões múltiplas de membros com desalinhamento	
CHOQUE	Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg) Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm) Alteração do estado de consciência	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	FR < 10 ou ≥ 36irpm com incapacidade de falar Cianose Letargia e/ou confusão mental FC ≤ 40 ou ≥ 150bpm Saturação O ₂ < 90%	
COMA	EC Glasgow ≤ 8	

SINTOMA/ QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
DADOS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS	PAS \geq 220 OU PAD \geq 130 mmHg PAS \leq 80mmHg FC \leq 40 OU \geq 150 bpm FR \leq 10 OU \geq 36 ipm Febre (T. axilar \geq 38,5°C) em imunocomprometidos	VERMELHO	Consulta médica imediata.	Em pacientes febris perguntar sobre imunodepressão e uso crônico de corticóide!
	Febre (T. axilar \geq 38,5°C) em imunocompetentes e com toxemia	AMARELO	Consulta médica no dia.	
	Febre (T. axilar \geq 38,5°C) em imunocompetentes e sem toxemia	VERDE	Enfermeiro/ médico	
TCE	Alteração do estado de consciência (ECGLASGOW entre 9 e 13) e/ou confusão mental Cefaléia intensa (8-10/10) e/ou dor cervical Perda de consciência Otorragia Náuseas / vômitos Crise convulsiva Ferimento perfurante	VERMELHO	Consulta médica imediata	Ver Escala de Coma de Glasgow (Anexo I), Escala de Dor (Anexo II) e Mecanismos de Trauma (Anexo III). Avaliar início, gravidade e evolução dos sintomas! Avaliar deterioração do quadro neurológico!
	ECGLASGOW 14 ou 15 Cefaléia moderada (4- 7/ 10) Sem perda de consciência, náuseas, vômitos, crise convulsiva ou ferimento perfurante	AMARELO	Consulta médica	
	ECGLAGOW 15 Cefaléia leve (1-3 / 10) Trauma de baixo impacto Evento (trauma) há mais de 6h	VERDE	Enfermeiro médico	

SINTOMA/ QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
TRAUMA GRAVE	Dados vitais anormais Dor intensa (8 – 10 / 10) Palidez cutânea e sudorese fria Estado de consciência normal (alerta) Sinais/ sintomas menos graves em múltiplos sistemas Relato de perda de consciência Fraturas com deformidade ou luxações Ferimentos com sangramento ativo	VERMELHO	Consulta médica imediata	VER MECANISMOS DE TRAUMA.
TRAUMA MODERADO	Dados vitais normais Dor moderada (4 – 7 / 10) Fratura sem deformidade Ferimentos extensos sem sangramento ativo	AMARELO	Consulta médica	
TRAUMA LEVE	Dados vitais normais Dor leve (1-3/ 10) Contusões e escoriações Evento (trauma) há mais de 6h	VERDE	Enfermeiro médico	

SINTOMA/ QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
QUEIMADURAS	Dados vitais alterados Queimaduras de 2º/3º graus $\geq 10\%$ e $\leq 25\%$ SCQ Queimaduras de 2º/3º graus em face e períneo Queimaduras elétricas Queimaduras circunferenciais Queimaduras em ambientes confinados	VERMELHO	Consulta médica imediata	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado com queimaduras em pacientes com doença crônica ou queimadura associada a outras lesões traumáticas! • SCQ = superfície corporal queimada (ver Anexo IV). Áreas críticas são face, períneo, mãos e pés! *Orientação no acolhimento + encaminhamento
	Dados vitais normais Queimaduras de 2º/3º graus $< 10\%$ SCQ Queimaduras de 1º grau $\geq 10\%$ SCQ em áreas não críticas Queimaduras de 1º grau em face e períneo Queimaduras de mãos e pés de qualquer grau	AMARELO	Consulta médica no momento	
	Queimaduras de 1º grau $< 10\%$ SCQ em áreas não críticas	VERDE	Enfermeiro médico	
	Queimaduras de 1º grau pequenas em áreas não críticas e há mais de 6h, sem dor forte	AZUL*	Enfermeiro	

SINTOMA/ QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
FERIDAS, ABCESSOS, MORDEDURAS E ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS (inclui abelhas, maribondos, vespas, formigas e lacraias)	Dados vitais alterados Ferida com sangramento não compressível Acidente com animal peçonhento com sinais e sintomas sistêmicos Acidente pér-furo-cortante com material biológico	VERMELHO	Consulta médica imediata	<i>Cuidado com idosos e diabéticos!</i>
	Dados vitais normais Ferida com sangramento compressível Ferida infectada com sinais sistêmicos Acidente com animal peçonhento sem sinais e sintomas sistêmicos Abscesso com dor intensa (8-10/10) ou flutuação Mordedura (humana ou animal)	AMARELO	Consulta médica no momento.	
	Ferida pequena, superficial e sem sangramento ou hematoma Ferida infectada sem sinais sistêmicos Abscesso com dor leve-moderada (1-7/10) e sem flutuação	VERDE	Avaliação médica no dia.	
	Troca de curativos ou retirada de pontos	AZUL*	Enf/Tec.enf	
INTOXICAÇÕES AGUDAS (via digestiva e respiratória)	Relato de ingestão há menos de 6h com ou sem sintomas Relato de inalação com sintomas	VERMELHO	Consulta médica	Cuidado com ingestão de anticonvulsivantes, antidepressivos, sulfato ferroso, paracetamol, anti-hipertensivos, antiarrítmicos, beta-bloqueadores, digoxina, hipoglicemiante oral, organofosforados, carbamatos e drogas não conhecidas!
	Relato de ingestão há mais de 6h e assintomático	AMARELO	Consulta médica	
INTOXICAÇÕES AGUDAS (via dérmica)	Dados vitais alterados Alteração do estado de consciência Com estridor laríngeo ou dificuldade para falar	VERMELHO	Consulta médica	
	Prurido e/ou irritação intensa em superfície corporal extensa após contato dérmico	AMARELO	Médico	
	Alterações dérmicas apenas locais	VERDE	Enfermeiro médico	
	Contato há mais de 4h e assintomático (excluir compostos tiofosforados)	AZUL	Enfermeiro	

SINTOMA/ QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
QUEIXAS RESPIRATÓRIAS *Falta de ar *"Asma" *Dor de garganta *Dor de ouvido *Obstrução nasal *Tosse	FR \geq 36irpm Sat. O2 \leq 92% Peak Flow < 40% Esforço respiratório moderado Estridor laringeo	VERMELHO	Consulta médica imediata	Cuidado com uso crônico de corticóide, idosos, história de internações frequentes ou internação em UTI!
	FR entre 28 e 35irpm Sat. O2 93% ou 94% Peak Flow entre 40% e 60% Esforço respiratório leve Dispneia aos esforços Dor torácica ventilatório-dependente com ou sem febre Dor de garganta com febre, com placas e com toxemia	AMARELO	Consulta médica no mesmo dia	
	FR entre 17 e 27irpm Sat. O2 \geq 95% Peak Flow > 60% Dor torácica ao tossir Secreção nasal amarelada Dor de garganta com febre e com placas sem toxemia Dor de ouvido com febre História de chieira noturna Tosse, coriza, obstrução nasal, dor de garganta ou de ouvido sem febre e sem toxemia	VERDE	Enfermeiro ou médico	
	FR > 10 e \leq 16irpm Tosse, coriza, obstrução nasal crônicas ou recorrentes sem febre e sem toxemia	AZUL	Enfermeiro	

SINTOMA/ QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
DOR TORÁCICA	Dados vitais alterados Dor ou desconforto ou queimação ou sensação opressiva na região precordial ou retroesternal, podendo irradiar para o ombro ou braço esquerdo, pescoço e mandíbula, acompanhada freqüentemente de sudorese, náuseas, vômitos ou dispnéia (DOR ISQUÊMICA!) Dor intensa (8-10/10)	VERMELHO	CONSULTA MÉDICA IMEDIATA	<p>Avaliar e registrar: intensidade da dor, dados vitais, se espontânea ou traumática, duração, característica, localização, irradiação, uso de medicamentos, fatores que pioram ou melhoram.</p> <p>Cuidado com idosos, diabéticos e pacientes com passado de IAM ou embolia pulmonar!</p>
	Dados vitais normais Dor ventilatório-dependente ou que piora com tosse, acompanhada de febre, tosse ou expectoração Dor moderada (4-7/10)	AMARELO	CONSULTA MÉDICA NO DIA	
	Dados vitais normais Dor de característica muscular (localizada, evidenciada à palpação, que piora com movimentos do tronco ou membros superiores) Dor aguda leve (1-3/10) sem outros sintomas associados e em pacientes sem história prévia de coronariopatia ou embolia pulmonar	VERDE	ENFERMEIRO MÉDICO	
	Dados vitais normais Dor crônica sem característica de DOR ISQUÊMICA	AZUL	ENFERMEIRO OU AGENDAMENTO	

SINTOMA/ QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
QUEIXAS ABDOMINAIS E URINÁRIAS	Dados vitais alterados Dor intensa (8-10 / 10) Dor abdominal alta com suspeita de DOR ISQUEMICA (ver Dor Torácica)	VERMELHO	CONSULTA MÉDICA IMEDIATA	
	Dados vitais normais Dor moderada (4 -7 / 10) Distensão abdominal Vômitos e ou diarreia com sinais de desidratação Diarreia intensa (vários episódios nas ultimas horas) Febre ou relato de febre Retenção urinaria aguda com bexigoma Disúria intensa com polaciúria e/ou hemáturia Prostração palidez cutânea ou sudorese	AMARELO	CONSULTA MÉDICA NO DIA	
	Dados vitais normais Dor leve (1 -2/ 10) Enjôo ou relato de vômitos e ou diarreia sem sinais de desidratação Disuria isolada ou discreta sem outros sintomas Não se apresenta prostrado ou toxemiado	VERDE	ENFERMEIRO MÉDICO	
	Dados vitais normais Constipação intestinal sem outros sinais e sintomas Dor crônica ou recorrente	AZUL	ENFERMEIRO OU AGENDAMENTO	

DORES CERVICAIS, DORSAIS, LOMBARES, OU EM EXTREMIDADES (SEM HISTÓRIA DE TRAUMA)	Dor intensa (8-10 / 10) Com sinais de isquemia	VERMELHO	CONSULTA MÉDICA IMEDIATA	Sinais de isquemia aguda: palidez cutânea, diminuição da temperatura distal, diminuição ou ausência de pulso distal.
	Dor moderada (4 -7 / 10) Sem sinais de isquemia Limitação importante dos movimentos / função Febre Sinais flogísticos locais	AMARELO	CONSULTA MÉDICA NO DIA	
	Dor leve (1 -3/ 10) Limitação leve dos movimentos Sem perda da função Edema articular sem flogose	VERDE	ENFERMEIRO	
	Dor leve (1 – 3/ 10) Sem limitação dos movimentos ou perda da função Sem edema ou sinais flogísticos locais	AZUL	AGENDAMENTO	

CEFALÉIA	Dados vitais alterados Dor intensa (8-10 / 10) Meningismo (rigidez de nuca) Alteração do estado de consciência Sinais neurológicos focais (parestia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio) PAS ≥ 190 ou PAD ≥ 120mmHg	VERMELHO	CONSULTA MÉDICA IMEDIATA	Cuidado com hemorragia subaracnóidea, hematomas, meningite, encefalites!
	Dor moderada (4 -7 / 10) Sem sinais de isquemia Limitação importante dos movimentos / função Febre Sinais flogísticos locais	AMARELO	CONSULTA MÉDICA NO DIA	
	Dados vitais normais Dor leve (1 -3/ 10) Dor facial com rinorréia purulenta Relato de febre Não se apresenta toxemiado ou prostrado	VERDE	ENFERMEIRO MÉDICO	
	Dados vitais normais Dor crônica ou recorrente sem piora recente	AZUL	ENFERMEIRO OU AGENDAMENTO	

SINTOMA/QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
ALTERAÇÃO AGUDA DO ESTADO NEUROLÓGICO E RELATO DE CONVULSAO, DESMAIO OU SINCOPE	Dados vitais alterados ECGLASGOW entre 9 e 13 Piora de seqüela neurológica previa Em pós-comicial e torporoso/ comatoso Com crises repetitivas e sem recuperação completa da consciência entre as mesmas Com déficit neurológico agudo (paresia, plegia, difasia, afasia, ataxia, paralisia facial) Cefaléia intensa (8-10 / 10) de início súbito Rigidez de nuca, hipertonicidade, rigidez muscular Distúrbio súbito do equilíbrio associado a náusea/vômitos	VERMELHO	CONSULTA MÉDICA IMEDIATA	Sinais de isquemia aguda: palidez cutânea, diminuição da temperatura distal, diminuição ou ausência de pulso distal.
	Em pós-comicial e alerta Relato de primeira crise convulsiva Crise convulsiva há menos de 12h e alerta Relato de desmaio ou síncope Ritmo cardíaco irregular Hemiparestesia (formigamento, dormência) Tonteira rotatória objetiva	AMARELO	CONSULTA MÉDICA NO DIA	
	Dados vitais normais Crise convulsiva há mais de 12h e alerta Tonteira não rotatória Parestesias bilaterais ou migratórias	VERDE	CONSULTA MÉDICA	
	Dados vitais normais História de crise convulsiva / epilepsia e precisando de medicação (receita)	AZUL	ENFERMEIRO	

"PRESSÃO ALTA"	Alteração do estado de consciência Dor torácica sugestiva de isquemia (B153) Sinais neurológicos focais (paresia, plegia, disfasia, afasia, ataxia, paralisia facial) Epistaxe franca	VERMELHO	CONSULTA MÉDICA IMEDIATA CONSULTA MÉDICA NO DIA
	PAS ≥ 220 ou PAD ≥ 130mmHg sem sintomas PAS entre 190-220 ou PAD entre 120-130mmHg com qualquer sintoma	AMARELO	CONSULTA MÉDICA
	PAS entre 190-220 ou PAD entre 120-130mmHg sem sintomas	VERDE	
	PAS < 190 e PAD < 120 e assintomático História de hipertensão arterial e precisando de medicação (receita)	AZUL	ENFERMEIRO OU AGENDAMENTO

"DIABETES"	Dados vitais alterados Alteração do estado mental (letargia, confusão mental, agitação, coma) Sudorese profusa (Hipoglicemia!)	VERMELHO	CONSULTA MÉDICA IMEDIATA
	Dados vitais normais Glicemia > 250mg% e sinais de desidratação	AMARELO	CONSULTA MÉDICA MÉDICO COM PRIORIDADE
	Glicemia > 250mg% e assintomático	VERDE	CONSULTA MÉDICA
	Glicemia ≤ 250mg% e assintomático História de Diabetes e precisando de medicação (receita)	AZUL	ENFERMEIRO OU AGENDAMENTO

SINTOMA/QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICO S E ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS	Delírios, alucinações, confusão mental, ansiedade intensa, pânico e impulsividade com risco para si e para os outros Agitação psicomotora intensa Convulsão, déficit neurológico agudo, letargia, coma Quadro depressivo grave (choro inconsolável) Hipertonicidade e rigidez muscular	VERMELHO	CONSULTA MÉDICA IMEDIATA	Cuidado com hipóxia e hipoglicemia! Fazer glicemia capilar! Avaliar abstinência de álcool e drogas!
	Dados vitais normais Agitação psicomotora menos intensa Pensamento suicida Envolvimento com ocorrências policiais	AMARELO	CONSULTA MÉDICA NO DIA	
	Dados vitais normais Gesticulando, mas não agitado Humor deprimido Perda de interesse por atividades Capaz de interagir com o acolhedor Com cuidador	VERDE	ENFERMEIRO OU MÉDICO	
	Dados vitais normais Depressão crônica ou recorrente Insônia História de distúrbio psiquiátrico e precisando de medicação (receita)	AZUL	ENFERMEIRO	

SINTOMA/ QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
SANGRAMENTOS *Hematêmese *Hematoquezia *Melena *Hemoptise *Epistaxe *Metrorragia	Hematêmese, hematoquezia, melena ou hemoptise com dados vitais alterados Epistaxe com PA \geq 180/110 Sangramento vaginal com dados vitais alterados ou sangramento vaginal em grávidas ou com atraso menstrual	VERMELHO	CONSULTA MÉDICA IMEDIATA	Cuidado com cirróticos, usuários de anticoagulantes, portadores de coagulopatias e grávidas!
	Hematêmese, hematoquezia, melena ou hemoptise com dados vitais normais Mamilos hemorroidários exteriorizados com sangramento e dor intensa (8-10/10) Epistaxe com PA < 180/110	AMARELO	CONSULTA MÉDICA NO DIA	
	Dados vitais normais Relato de hematêmese, hematoquezia ou hemoptise leve (raias de sangue) Relato de melena (normal no momento) Mamilos hemorroidários exteriorizados com sangramento discreto e dor leve/moderada (1-7/10) Sangramento vaginal em não grávidas com dados vitais normais	VERDE	ENFERMEIRO OU MÉDICO	
	Relato de hemorróidas com dor leve (1-4/10) e sem sangramento Relato de epistaxe (normal no momento)	AZUL	ENFERMEIRO OU AGENDAMENTO	

SINTOMA/QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
QUEIXAS OCULARES	Dados vitais alterados Dor intensa (8-10/10)	VERMELHO	CONSULTA MÉDICA IMEDIATA	
	Dados vitais normais Dor moderada (4-7/10) Olho avermelhado com história de trauma ou contato com substâncias químicas ou solda Celulite peri-orbitária Perda visual súbita ou diplopia súbita	AMARELO	CONSULTA MÉDICA NO DIA	
	Dor leve (1-3/10) Prurido ocular Olho avermelhado sem história de trauma ou contato com substâncias químicas ou solda	VERDE	ENFERMEIRO OU MÉDICO	
	Hemorragia na esclera sem história de trauma Terçol ou calázio sem celulite	AZUL	ENFERMEIRO OU AGENDAMENTO	
AFECCÕES DE PELE E SUBCUTÂNEO	Dados vitais alterados Com estridor laríngeo ou dificuldade de falar	VERMELHO	CONSULTA MÉDICA IMEDIATA	
	Dados vitais normais Toxemiado, prostrado ou febril Prurido generalizado intenso Com infecção secundária e sinais sistêmicos	AMARELO	CONSULTA MÉDICA NO DIA	
	Prurido discreto Sem toxemia, prostração ou febre Com infecção secundária sem sinais sistêmicos	VERDE	ENFERMEIRO OU MÉDICO	
	Quadro crônico ou recorrente sem sinais sistêmicos	AZUL	ENFERMEIRO OU AGENDAMENTO	

SINTOMA/QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
OUTROS SINTOMAS / QUEIXAS / EVENTOS ISOLADOS: Edema, Icterícia, Fraqueza, Câimbras, Menstruação irregular, Atraso menstrual, Atestado de saúde, Realização de exames	Dados vitais alterados	VERMELHO	CONSULTA MÉDICA IMEDIATA	
	Dados vitais normais Toxemiado, prostrado, febril ou desidratado Icterícia aguda Edema generalizado (anasarca) Edema localizado com flogose e sinais sistêmicos	AMARELO	CONSULTA MÉDICA NO DIA	
	Dados vitais normais Edema localizado com flogose e sem sinais sistêmicos Fraqueza ou câimbras sem outros sintomas	VERDE	ENFERMEIRO OU MÉDICO	
	Edema localizado crônico ou recorrente sem flogose e sem sinais sistêmicos Menstruação irregular ou atraso menstrual sem outros sintomas Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional Realização de exames complementares não urgentes	AZUL	ENFERMEIRO OU AGENDAMENTO	

SITUAÇÕES ESPECIAIS	Deficientes mentais Deficientes físicos Acamados Com dificuldade de locomoção Gestantes Escortados, algemados ou envolvidos em ocorrência policial Vítimas de abuso sexual Retorno em menos de 24h sem melhora	Esses pacientes devem merecer atenção especial da equipe de Acolhimento / Classificação de Risco e, dentro do possível, a sua avaliação deve ser priorizada, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento!
--------------------------------	---	--

