

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Edson Henrique Borba Bono**

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO  
HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO – HGU DE CUIABÁ/MATO GROSSO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Edson Henrique Borba Bono**

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO  
HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO – HGU DE CUIABÁ/MATO GROSSO**

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

**Orientadora:** MSc. Danielle Bezerra Cabral

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO - HGU DE CUIABÁ/MATO GROSSO** de autoria do aluno **Edson Henrique Borba Bono** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Profa. MSc. Danielle Bezerra**

Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**

Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## DEDICATÓRIA

*À Deus que me fez perceber que qualquer dificuldade pode ser superada.*

*À minha Família, em especial a minha mãe que apesar da distância me incentiva e apoia constantemente, pois sinto falta de seus abraços calorosos.*

*À minha orientadora Danielle Bezerra, que por pouco contato que tivemos e o fato de não nos conhecermos pessoalmente, foi possível perceber o quão importante foi nesse processo de desenvolvimento e incentivo.*

## AGRADECIMENTOS

*Ao Hospital Geral Universitário de Cuiabá pela oportunidade de realizar este estudo.*

*Aos colegas que contribuíram direta e indiretamente na realização deste trabalho.*

*À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) pelos esforços dos professores e tutores na aprendizagem contínua, bem como a paciência e compreensão nas ausências justificadas ou não.*

*. A toda minha família, que sempre acreditou nas minhas vitórias.*

*Aos colegas de trabalho que sempre colaboram no caminhar deste trabalho.*

*E, em especial, à minha orientadora Danielle Bezerra.*

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	01
<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	04
<b>OBJETIVOS</b> .....	10
<i>Objetivo Geral</i> .....	10
<i>Objetivos Específicos</i> .....	10
<b>MATERIAL E MÉTODO</b> .....	11
<i>Local de estudo</i> .....	11
<i>Sujeitos alvo</i> .....	12
<i>Seleção de profissionais</i> .....	12
<i>Coleta de dados</i> .....	12
<i>Critérios de classificação de risco</i> .....	12
<b>RESULTADOS PRELIMINARES</b> .....	14
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	15
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	16
<b>ANEXOS</b> .....	18
<b>APÊNDICES</b> .....	21

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Visão panorâmica de uma área cardíaca com ocorrência de um infarto agudo do miocárdio.....	06
<b>Figura 2.</b> Área cerebral de uma artéria carótida obstruída devido a presença de um coágulo.....	07

## RESUMO

A classificação de risco em unidades de urgências e emergências é imprescindível, pois além de estimar o risco cardiovascular em pacientes sem doença cardíaca, é uma ferramenta vital para instituir uma intervenção precoce e eficaz em casos de infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral. E, sob a perspectiva de ordenar e referenciar o atendimento às urgências e emergências, faz-se necessário elaborar um protocolo de acolhimento e classificação de risco para o Pronto Atendimento do Hospital Geral Universitário de Cuiabá, Mato Grosso. Este estudo é uma proposta de protocolo de acolhimento e classificação de risco para avaliar os riscos cardiovasculares em usuários que procuram as portas dos serviços de urgência e emergência do sistema de saúde do município. Assim, os dados iniciais do estudo foram coletados a partir de uma revisão bibliográfica, ações e funções de cada integrante da equipe multiprofissional e, também da experiência pessoal como enfermeiro classificador e assistencial dos agravos cardiovasculares atendidos. Este protocolo compôs da apresentação usual da doença, dos sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, entre outros), queixa principal, sinais vitais, escala de dor e de Glasgow, doenças preexistentes, idade e dificuldade de comunicação como critérios para classificar os usuários. Neste sentido, este estudo demonstrou que a priorização do atendimento e a resolutividade dos riscos à saúde por meio da orientação multiprofissional humanizada com ou sem referenciamento é fundamental para a qualidade de gestão em saúde.

Palavras-chaves: Protocolos; Serviços Médicos de Emergência; Doenças Cardiovasculares; Saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

O atendimento aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, 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 do Programa de Saúde da Família (PSF), pelas unidades de atendimento pré-hospitalares fixas e móveis e pelas unidades hospitalares.

A Portaria Ministerial Brasileira n. 2048 de 2002, aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência inserida na Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências. Este regulamento preconizou a implantação do acolhimento, triagem classificatória de risco e atendimento sequencial nas unidades de atendimento as urgências, bem como a realização do cuidado por um profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos com o intuito de avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os, assim em ordem de prioridade (BRASIL, 2002).

Acresce-se que em 2011, reformulou-se a Política Nacional de Atenção às Urgências instituindo a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Esta Rede é constituída por vários serviços de saúde, entre eles, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), Hospitais e Sala de Estabilização (SE) que propicia a articulação e integração de todos os meios de saúde para qualificar o acesso humanizado e integral dos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011). O acolhimento com classificação de risco, a resolutividade e a qualidade no atendimento são a base deste processo e, devem ser requisitos básicos em todos os pontos da atenção (BRASIL, 2011; LOPES, 2011).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um instrumento dinâmico e reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o SUS (BRASIL, 2009). E, a classificação de risco visa à identificação dos pacientes com risco potencial de vida, a complexidade dos fenômenos saúde e doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo para garantir a redução do número de mortes evitáveis, sequelas e internações (SERVIN, 2010). Assim, a implementação do ACCR possibilita

abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, bem como avançar nas ações humanizadas e compartilhadas (BRASIL, 2004). Assim sendo, faz-se necessário uma escuta qualificada e humanizada e uma tomada de decisão baseada no julgamento crítico-reflexivo da prática clínica do enfermeiro.

Para identificar os pacientes que necessitam de intervenção médica e cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento são necessárias as seguintes etapas (BRASIL, 2009):

- \* Usuário procura o serviço de urgência.
- \* Preenchimento da ficha de atendimento pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários ou profissionais de enfermagem no acolhimento ao usuário.
- \* Técnico de enfermagem e enfermeiro classifica o usuário, no setor de Classificação de Risco, por meio de informações da escuta qualificada e dados vitais.

Diante do exposto, o usuário é classificado em:

- \* **VERMELHO:** emergência (atendimento imediato na sala de emergência);
- \* **AMARELO:** urgência (prioridade sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação);
- \* **VERDE:** sem risco de morte imediato (somente será atendido após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo);
- \* **AZUL:** quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social (ser preferencialmente encaminhado a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou ao Serviço Social). Caso queira, poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como vermelho, amarelo e verde.

Cabe ressaltar que nenhum profissional pode recusar em atender o usuário, pois ele deverá ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma unidade de saúde de referência (BRASIL, 2009).

O profissional de saúde, o usuário dos serviços de urgência/emergência e a população constroem estratégias coletivas que promovem mudanças nas práticas dos serviços sendo o acolhimento uma delas. Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é suficiente para suscitar mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade (MERHY; MALTA, 1998).

Tradicionalmente, o acolhimento no campo da saúde é identificado como uma dimensão espacial (recepção administrativa e ambiente confortável) ou uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos (ABBÊS; MASSARO, 2004). No entanto, essas medidas, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e promoção de vínculo (BRASIL, 2004).

Diante desta panorâmica, propomos o acolhimento aliado aos conceitos de sistema e rede numa estratégia ampla com a responsabilização e vínculo dos usuários ao sistema de saúde. E, sob a perspectiva de ordenar o atendimento às urgências e emergências com o acolhimento, atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada aos pacientes graves dentro do SUS, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências, há a necessidade de elaborar um protocolo de acolhimento e classificação de risco para o Pronto Atendimento (PA) do Hospital Geral Universitário de Cuiabá, Mato Grosso. Vale salientar que está sendo implantado e direcionado um atendimento de PA cardiovascular, neste HGU, inserido no programa de atenção as Redes de Urgência e Emergência (RUE).

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As Doenças Cardiovasculares (DCVs) caracterizam-se pela incapacidade e morte prematura. A aterosclerose apresenta-se com sintomatologia no avançar da idade, porém a sua gênese ocorre ao longo dos anos (WHO, 2007). Eventos agudos coronarianos (ataques cardíacos) e eventos cerebrovasculares (AVC) ocorrem repentinamente e, algumas vezes são fatais antes da assistência médica prestada. Neste sentido, evitar fatores de risco modificáveis reduzem eventos clínicos e morte prematura em pessoas com doença cardiovascular estabelecida, bem como aqueles que têm alto risco devido a um ou mais fatores de risco (WHO, 2007).

A descrição do espectro da DCV pode ser a combinação de alterações na perfusão miocárdica (processo isquêmico), alteração da função do miocárdio (processos metabólicos), alterações estruturais (hipertrofia ou dilatação ventricular) e aterosclerose que afeta o sistema vascular periférico e central (AMMIRATI; CANZIANI, 2009). As DCVs causam 17,3 milhões de mortes a cada ano e, até 2030 estima-se que 23 milhões de pessoas morrerão anualmente, principalmente por doenças cardíacas e por acidente vascular cerebral (OMS, 2011).

Os dados de DCVs no Brasil são também preocupantes, pois essas foram responsáveis por 32% das mortes entre 1995 e 1999, com taxa de mortalidade de 157 por 100 mil habitantes (MELLO-JORGE; GOTLIEB; LAURENTI, 2001). E, a partir da crescente incidência destes agravos, publicaram-se, em 2008, as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis em que pontua a saúde como determinante social e dispõe sobre a importância de um modelo de organização de saúde mais próximo da população e, assim compreender e propor intervenções de forma mais resolutiva e integrada (BRASIL, 2008).

A abordagem dos fatores de risco clássicos pela equipe multiprofissional, por meio da prevenção primária, é de grande valia, pois estes profissionais atuam com metas mais rigorosas a este grupo de pacientes com vistas à redução da morbimortalidade destas doenças (SOARES et al., 2013). O tabagismo apresentou significativa redução nos últimos anos, a exemplo desta ação preventiva. Em 1989, a prevalência de tabagismo no Brasil era de 31,7% (39,3% em homens e 25,2% em mulheres) e o inquérito epidemiológico, em 2002 a 2003, em 16 capitais brasileiras

evidenciou uma variação de 12,9 a 25,2% (homens: de 16,9 a 28,2% e mulheres: de 10,0 a 22,9%) (BRASIL, 2004).

Ademais, os cuidados com o controle correto da hipertensão, dislipidemia, tabagismo, dieta saudável e aderência aos medicamentos é determinante para impedir novos episódios de síndromes coronarianas ou agudização das doenças reduzindo, desta forma, as reinternações, as descompensações cardíacas e eventos futuros (BRASIL, 2004; DE ANDRADE et al., 2013). O uso correto dos medicamentos disponibilizados na rede SUS contribui significativamente para alcançar esses objetivos propostos (BRASIL, 2004).

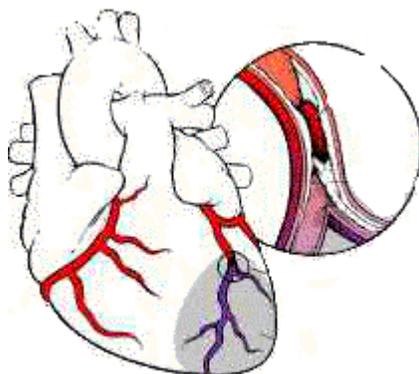
Destarte, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reconhece a necessidade de uma ação integrada frente as DCVs com metas estabelecidas, aos seus países membros, a redução da taxa de mortalidade em 20% para 2011-2020 (BRASIL, 2011).

Uma vez rompido o paradigma de atendimento agudo a uma esfera de cuidado ininterrupto das doenças crônicas haverá uma consolidação do sistema de saúde na atenção primária contribuindo, assim para a redução de gastos com a saúde e manutenção da qualidade de vida. Levando em consideração, também o enorme custo social das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e o enfrentamento destes agravos na governança municipal, estadual e federal há uma proposta de redução da mortalidade de 2% ao ano até 2022 (DE ANDRADE et al., 2013).

Síndromes coronarianas agudas englobam situações em que o médico não define, precisamente, se é apenas uma crise anginosa ou infarto agudo do miocárdio. Assim, as síndromes coronárias agudas são classificadas em:

Angina Instável – inicia-se por uma ruptura de placa ateromatosa instável em uma artéria coronária. Uma vez rompida esta placa ativa-se a adesão plaquetária com a formação de coágulo de fibrina e trombose coronariana. No caso de uma angina instável, uma oclusão por trombo pode ser intermitente, ou seja, oclui e libera o fluxo sanguíneo para a artéria coronária por algum tempo. Este processo pode evoluir para uma oclusão definitiva determinando, assim o infarto do miocárdio (JORGE, 1997).

Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) - ocorrem após angina instável em pessoas portadoras de doença coronariana ou de forma abrupta em pessoas não portadoras. O infarto, conhecido popularmente como “entupimento de uma artéria do coração” significa a obstrução total de uma artéria coronária devido a ruptura de uma placa ateromatosa instável com ativação da adesão plaquetária, formação de coágulo e trombose. Os danos para o músculo cardíaco, pós-oclusão, são sérios, pois esta região é privada de suprimento cardíaco ocasionando, assim contrações irregulares e uma possível parada cardíaca. O infarto em pessoas com dislipidemia (colesterol e triglicérides altos) ocorre por espasmo ou colapamento de uma artéria coronária, dependendo da duração (DA LUZ; FAVARATO, 1999) (Figura 1).



**Figura 1** – Visão panorâmica de uma área cardíaca com ocorrência de um infarto agudo do miocárdio. Fonte: <http://www.unifesp.br/denf/NIEn/CARDIOSITE/sindromes.htm>.

Cerca de 900.000 pessoas nos Estados Unidos da América (EUA) apresentam IAM ou ataque cardíaco, termo comum na linguagem médica e, destas, aproximadamente, 225.000 vão a óbito, incluindo aquelas que não recebem atendimento médico em tempo hábil. Avaliar precocemente sinais e sintomas e rápido cuidado hospitalar ocasiona uma maior sobrevivência após um ataque cardíaco. A desobstrução medicamentosa ou cirúrgica é efetiva quando iniciada até 6 horas do início dos sintomas (DA LUZ; FAVARATO, 1999).

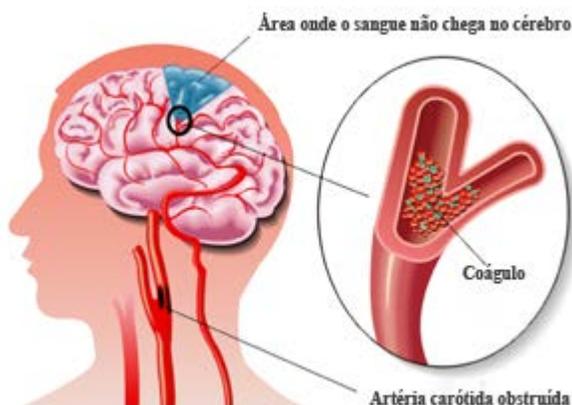
Estudos da Sociedade Americana do Coração avaliaram, em 1997, 5 milhões de pessoas com sintoma de dor torácica atendidas nos serviços de emergência e, entre estas 2 milhões foram diagnosticadas com Síndrome Coronária Aguda, sendo que destas, 500.000 foram hospitalizadas

com angina instável e 1,5 milhão sofreram IAM, sendo que 1/3 destas foram a óbito (AHA, 2008).

Diante destes achados, o IAM representa um problema de saúde pública, considerando que a prevenção, seja por uma alimentação saudável ou práticas de exercícios físicos, reduzem a incidência e, até mesmo o risco de morte, visto que tem-se um custo elevado aos sistemas de saúde e, ainda ser a causa de incapacitações devido suas complicações (AHA, 2008).

Outras DCVs preocupantes e que merecem atenção é o acidente vascular cerebral. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou derrame cerebral ocorre devido um entupimento ou o rompimento dos vasos sanguíneos cerebrais que desencadeia uma paralisia na área isquêmica, ou seja, a região que está sem suporte sanguíneo adequado (Figura 2) (SHAWN, 2002). Assim, o AVC classifica-se em:

- Isquêmico: entupimento dos vasos que levam sangue ao cérebro;
- Hemorrágico: rompimento do vaso provocando sangramento no cérebro.



**Figura 2** – Área cerebral de uma artéria carótida obstruída devido a presença de um coágulo.

Fonte: <http://vascular.pro/tags/tratamento>

Os principais sintomas do AVC são diminuição ou perda súbita da força ou alteração na sensibilidade na face, braço ou perna de um lado do corpo. Alteração aguda da fala, incluindo dificuldade para articular, expressar ou para compreender a linguagem e dores de cabeça súbita e

intensa sem causa aparente, instabilidade, vertigem e desequilíbrio associado a náuseas ou vômitos são sintomas presentes no AVC (BRASIL, 2006).

O tratamento e a reabilitação da pessoa vitimada por este agravo dependerá das particularidades de cada caso. Para que o paciente possa ter uma melhor recuperação e qualidade de vida é fundamental uma análise clínica e humanizada da equipe multidisciplinar. Assim, seja qual for o tipo do acidente, as consequências são evidentes. Apesar de estar entre as principais causas de óbitos no mundo, o AVC é doença que mais incapacita as pessoas em suas atividades diárias (BRASIL, 2006).

Conforme a área e a extensão da lesão cerebral, o AVC pode sequelar, levar ao óbito ou em um estado de absoluta dependência as pessoas atingidas por este risco. As principais complicações acometidas aos sequelados são alterações comportamentais e cognitivas, dificuldades na fala, dificuldades na alimentação, constipação intestinal, epilepsia vascular, depressão e outras implicações decorrentes da imobilidade e o acometimento muscular. Um dos fatores determinantes para essas complicações é o tempo decorrido entre o início do sintoma e a precocidade do tratamento recebido. Para que o risco de sequelas seja significativamente reduzido, a vítima precisa ser levada imediatamente ao hospital, pois os danos são consideravelmente elevados quando o atendimento demora mais que três horas (BRASIL, 2006).

Há de se considerar que a terapêutica compreende três etapas: prevenção, tratamento agudo e reabilitação. No primeiro caso procura-se evitar um primeiro episódio ou recorrência do mesmo através do controle dos fatores de risco individuais (hipertensão, diabetes, tabaco, doenças cardíacas, enxaqueca, o uso de anticoncepcionais hormonais, a ingestão de bebidas alcoólicas, o sedentarismo e a obesidade). Assim, a intervenção aguda procura reduzir o acometimento no tecido cerebral através da remoção do trombo/êmbolo ou controle da hemorragia. E, o objetivo da reabilitação é permitir ao paciente lidar com sua incapacidade tornando-se o mais independente possível (ESO, 2008; SILVA, 2010).

Os principais fatores de risco não modificáveis são a idade, a raça, a constituição genética e o sexo e os riscos podem ser diagnosticados e tratados, tais como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardíacas, enxaqueca, o uso de anticoncepcionais hormonais, a ingestão de

bebidas alcoólicas, o sedentarismo e a obesidade. Assim, a adequação dos hábitos de vida diária é primordial para a prevenção do AVC (BRASIL, 2006).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um protocolo de acolhimento com classificação de risco no Hospital Geral Universitário de Cuiabá/MT na atenção ao cuidado adulto cardiovascular.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada dos usuários que procuram os serviços de urgência e emergência;
- Classificar as queixas destes usuários com vistas a identificar aqueles que precisam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Construir os fluxos de atendimento nas urgências e emergências considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência em urgências e emergências.

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

Esta proposta de protocolo de acolhimento e classificação de risco para avaliar os riscos cardiovasculares foi apresentada, inicialmente, pela Comissão de Pesquisa do Hospital Geral Universitário (HGU) do município de Cuiabá (MT) com o parecer favorável ao desenvolvimento deste estudo (ANEXO I). Assim, houve a participação de todos os profissionais do setor de urgência e emergência cardiológica para a discussão das principais queixas dos usuários, com seus sinais e sintomas prevalentes. A partir da obtenção dos resultados, os profissionais de saúde deste setor serão reunidos para análise e discussão dos dados, bem como elencar possíveis sugestões dos participantes. O autor deste projeto será o responsável pela organização dos dados e elaboração do relatório para os gestores do hospital e, também as secretarias de saúde municipais e estaduais.

Com os dados e relatórios obtidos, o setor de urgência e emergência do HGU deverá realizar ciclos de capacitação para a construção do protocolo, avaliando o acolhimento, classificação de risco e triagem cardiológica com objetivo de sensibilizar a equipe sobre a necessidade de organizar os fluxos de atendimentos, proporcionando melhor acolhimento e qualidade no serviço prestado aos nossos usuários.

### **4.1 Local de estudo**

O Hospital Geral Universitário é uma entidade privada e filantrópica, sendo a mais tradicional instituição de saúde do Estado de Mato Grosso. Fundada em 1942, este hospital passou por reformas, construções e reestruturações do corpo clínico e administrativo tornando-se, assim uma instituição eficiente, respeitada e de referência em diversas especialidades e serviços hospitalares no Estado de Mato Grosso.

O HGU ocupa uma área de 18.150m<sup>2</sup>, sendo 10.232,85m<sup>2</sup> de área construída. Atualmente, o hospital oferece 172 leitos nas clínicas básicas e unidades de terapia intensiva, sendo credenciado a diversos convênios, porém responde a 90% dos atendimentos pelo SUS.

A visão do serviço é ser reconhecido nacionalmente como hospital de ensino em atendimento de alta complexidade até 2017. E, sua missão é oferecer assistência à saúde e ensino de forma autossustentável, ética, humana e responsável com valores de respeito à vida; solidariedade; transparência de princípios e atitudes; integridade e compromisso com a qualidade e com resultado do atendimento prestado.

#### **4.2 Sujeitos alvo**

Usuários que procuram as portas dos serviços de urgências e emergências do sistema de saúde da rede SUS no município de Cuiabá, nos cuidados cardiovasculares agudos ou de urgências.

#### **4.3 Seleção de Profissionais**

Participaram do estudo a equipe multiprofissional composta de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, serviço social, médicos e estagiários da saúde. Os profissionais envolvidos diretamente no cuidado do pronto-atendimento e ACCR foram treinados e inseridos no projeto de humanização do acolhimento e classificação de risco adaptado para o atendimento ao agravo cardiovascular.

#### **4.4 Coleta dos dados**

Os dados iniciais do estudo foram coletados a partir de uma revisão bibliográfica sobre a temática, as ações e funções de cada integrante da equipe multiprofissional e, também da experiência vivenciada como enfermeiro classificador e assistencial no atendimento do cuidado cardiovascular. O modelo de atendimento

#### **4.5 Critérios de classificação de risco**

O protocolo de acolhimento de classificação de risco compôs da apresentação usual da doença, dos sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, entre outros), da queixa principal, sinais vitais, escala de Glasgow (ANEXO II) e de dor (ANEXO III), doenças preexistentes, idade, dificuldade de

comunicação (droga, álcool, retardo mental, entre outros) como critérios para classificar os usuários atendidos no Hospital Geral Universitário (HGU) de Cuiabá- Mato Grosso (APÊNDICE II).

Cabe ressaltar que uma vez implementado este protocolo de acolhimento e classificação de risco na atenção do cuidado cardiovascular este, poderá ser alterado, a cada ano, pela equipe multidisciplinar do setor de urgência e emergência do HGU, embasando-se nas diretrizes nacionais e internacionais vigentes.

## 5 RESULTADOS PRELIMINARES

Os resultados preliminares deste estudo estão pautados na classificação de risco de acordo com as principais queixas atendidas no HGU de Cuiabá/MT (APÊNDICE I). Os eixos da classificação de risco seguem os seguintes critérios:

- Os pacientes classificados como VERMELHO devem ser encaminhados para a sala de emergência para receberem cuidados médicos e de enfermagem imediatos. Existe um subgrupo de pacientes classificados como PRIORIDADE I, em que toda a equipe deve estar alerta para identificá-los e encaminhá-los a sala de emergência com acionamento de sinal sonoro.
- Os pacientes classificados como AMARELO devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, sob supervisão contínua de toda a equipe da unidade. Deverão ser reavaliados, idealmente, a cada 30min ou imediatamente em caso de alteração do quadro clínico.
- Os pacientes classificados como VERDE aguardam atendimento médico em sala de espera ou reavaliados em caso de alteração do quadro clínico. Estes pacientes podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social, via contato telefônico, para uma consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação esta pactuada previamente.
- Pacientes classificados como AZUL poderão ser encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência ou terão seus casos resolvidos pela equipe de saúde. Os pacientes classificados como VERDE e AZUL, se desejarem, serão atendidos pela Equipe de Saúde.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco (ACCR) nesta unidade de saúde, o setor de urgência e emergência tornar-se-á dinâmico e organizado, visto que este processo assegurará eficiência e qualidade nos recursos humanos e materiais e, sobretudo resolutividade no atendimento humanizado ao usuário.

A partir da proposta de classificação de risco com os principais eixos de queixas dos usuários do HGU, este estudo demonstrou a priorização do atendimento e resolutividade dos conflitos de saúde. Desta forma, o usuário ao adentrar a unidade de saúde receberá um atendimento clínico crítico-reflexivo da queixa apresentada e sairá com resolutividade de seu agravo mediante a orientação multiprofissional humanizada com referenciamento ou não.

Acreditamos que a produção de conhecimento acerca dessa temática contribuirá com as equipes de saúde, uma vez que munidas de tais informações, poderão prestar um atendimento resolutivo e humanizado aos usuários.

## 7 REFERÊNCIAS

ABBÊS, C.; MASSARO, A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. 2004. Disponível em: <[http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/textos\\_sti/CI%C3%A1ludia%20Abb%C3%AAs/texto84.pdf](http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/textos_sti/CI%C3%A1ludia%20Abb%C3%AAs/texto84.pdf)>. Acesso em: 10 mai 2014.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Fundação Interamericana do coração. **Suporte avançado de vida em cardiologia**. 2008.

ANDRADE, J. P.; MATTOS, L. A. P; CARVALHO, A. C.; MACHADO, C. A.; OLIVEIRA, G. M. M. Programa Nacional de Qualificação de Médicos na Prevenção e Atenção Integral às Doenças Cardiovasculares. **Arq Bras Cardiol.**, v. 100, n. 3, p. 203-211. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)>. Acesso em: 04 mai 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência: Humanização dos “territórios” de encontros do SUS**: Formação de apoiadores para a Política nacional de Humanização da Gestão e da atenção à saúde. Brasília: Fiocruz: Ministério da saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_humanizacao\\_Territorios\\_Encontros.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_humanizacao_Territorios_Encontros.pdf)>. Acesso em: 10 mai 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Prevalência de tabagismo no Brasil**: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: Coordenação de Prevenção e Vigilância/INCA/MS; 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco\\_inquerito\\_nacional\\_070504.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf)>. Acesso em: 10 mai 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2048/GM de 5 nov. de 2002. **Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.html>>. Acesso em: 04 mai 2014.

EUROPEAN STROKE ORGANISATION (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack. **Cerebrovasc Dis.**, v. 25, n. 5, p. 457-507, 2008.

LOPES, J. B. **Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência: revisão integrativa**. 2011. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2011.

DA LUZ, P. L.; FAVARATO, D. Doença coronária crônica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 72, n. 1, p. 5-21, 1999.

MAFRA, A. A., et al. **Acolhimento com Classificação de Risco no Hospital Municipal Odilon Behrens em Belo Horizonte**. 2006.

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

SERVIN, S. C. N., et al. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco**. Política Municipal de Humanização. Prefeitura de São Luís, Maranhão, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub\\_destaque.php](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_destaque.php). Acesso em: 04 maio 2014.

SHAWN, M. M. et al. **Tratamento de paciente com disfunção neurológica**. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1562-1601.

SILVA, E. J. A. **Reabilitação após o AVC**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de Porto, Porto, 2010.

SOARES, G. P.; BRUM, J. D.; OLIVEIRA, G. M.; KLEIN, C. H.; SOUZA E SILVA, N. A. Evolução dos principais indicadores socioeconômicos e queda da mortalidade por doenças do aparelho circulatório em três Estados do Brasil. **Arq Bras Cardiol.**, v. 100, n. 2, p. 147-156, 2013.

MENDES E. V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf) Acesso em: 27 out. 2013.

## ANEXOS

## Anexo I – Parecer da Comissão de Pesquisa do Hospital Geral Universitário de Cuiabá-MT



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE  
E A INFÂNCIA DE CUIABÁ  
Entidade Mantenedora

Parecer nº 011/2014/Comissão de Pesquisa

Cuiabá-MT, 12 de maio de 2014

**PARECER**

Em atenção à solicitação datada de 09/05/2014 do pesquisador Edson Henrique Borba Bono, enfermeiro do HGU e, após análise desta Comissão, informamos que o projeto intitulado "Protocolo de Classificação de Risco do Pronto Atendimento cardiológico" atende as normas da Comissão de Pesquisa do HGU, sendo nosso **parecer favorável** à autorização do desenvolvimento desta pesquisa.

Os dados obtidos neste projeto serão utilizados para Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem – Urgência e Emergência da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O projeto foi executado de dezembro de 2013 a maio de 2014 com a equipe do PA Cardiológico do HGU.

Na oportunidade reiteramos protestos de estima e colocamo-nos à disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Flávia Galindo Silvestre Silva  
Presidente da Comissão de Pesquisa / HGU

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Antônio Raimundo Figueiredo Filho  
Diretor Clínico / HGU

**RECEBIDO**

Em: \_\_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_

**ANEXO II – ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

<b>VARIÁVEIS</b>		<b>ESCORE</b>
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNE	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

<b>TOTAL MÁXIMO</b>	<b>TOTAL MÍNIMO</b>	<b>INTUBAÇÃO</b>
15	3	8

### Anexo III – ESCALA DE 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.



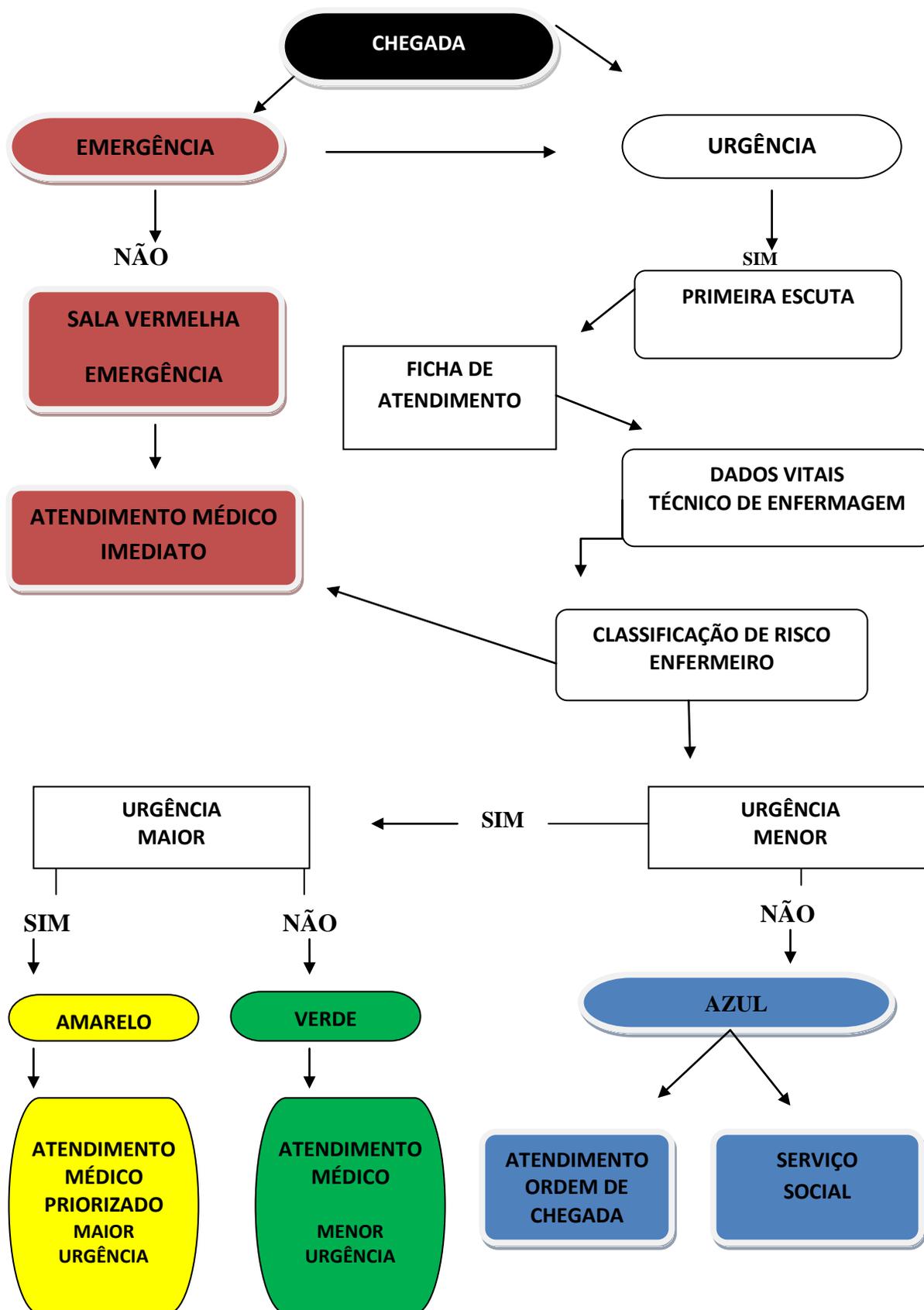
Dor leve = 1 a 3 / 10

Dor moderada = 4 a 7 / 10

Dor intensa = 8 a 10 / 10

## APÊNDICES

### Apêndice I. FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



## Apêndice II - PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO

### ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PRIORIDADE I

Em caso de apresentação de sintomas, queixas ou eventos não relacionados nesse protocolo, a equipe de acolhimento com classificação de risco deve avaliar, principalmente, os dados vitais e a condição clínica do paciente (toxemiado, prostrado, febril, desidratado), bem como o tempo de início dos sintomas e a opinião da equipe médica para definir sua classificação.

<b>PCR</b>	PCR. Parada respiratória. Respiração agônica.	<b>ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO COM SINAL SONORO! PACIENTE TÍPICO: NÃO RESPONSIVO, DADOS VITAIS INSTÁVEIS OU AUSENTES, DESIDRATAÇÃO EXTREMA E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA!</b>
<b>CHOQUE</b>	Hipotensão (PA sistólica $\leq$ 80mmHg). Taquicardia (FC $\geq$ 140bpm) ou Bradicardia (FC $\leq$ 40bpm). Alteração do estado de consciência.	
<b>INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA</b>	FR $<$ 10 ou $\geq$ 36irpm com incapacidade de falar. Cianose. Letargia e/ou confusão mental. FC $\leq$ 40 ou $\geq$ 150bpm. Saturação O <sub>2</sub> $<$ 90%.	
<b>COMA</b>	Glasgow $\leq$ 8.	

SINTOMA/ QUEIXA/ EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
<b>DADOS VITAIS ALTERADO S COM SINTOMAS</b>	PAS $\geq$ 220 ou PAD $\geq$ 130mmHg. PAS $\leq$ 80mmHg. FC $\leq$ 45 ou $\geq$ 140bpm. FR $\leq$ 10 ou $>$ 32 irpm. Febre (T ax. $<$ 35 $\geq$ 38,5°C) em imunocomprometidos.	<b>VERMELHO</b>	CLÍNICA MÉDICA	Em pacientes febris perguntar sobre imunodepressão e uso crônico de corticoide.
	Febre (T. axilar $\geq$ 38,5°C) em imunocompetentes e com toxemia.	<b>AMARELO</b>		
	Febre (T. axilar $\geq$ 38,5°C) em imunocompetentes e sem toxemia.	<b>VERDE</b>		

SINTOMA/ QUEIXA/ EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES		
INTOXICAÇÕES AGUDAS (via digestiva e respiratória)	Relato de ingestão há menos de 6h com ou sem sintomas.	<b>VERMELHO</b>	CLÍNICA MÉDICA	Cuidado com ingestão de anticonvulsivantes, antidepressivos, sulfato ferroso, paracetamol, anti-hipertensivos, antiarrítmicos, beta-bloqueadores, digoxina, hipoglicemiantes e oral, organofosforados, carbamatos e drogas não conhecidas.		
	Relato de inalação com sintomas.				<b>AMARELO</b>	
INTOXICAÇÕES AGUDAS (via dérmica)	Dados vitais alterados. Alteração do estado de consciência. Com estridor laríngeo ou dificuldade para falar.	<b>VERMELHO</b>				
	Prurido e/ou irritação intensa em superfície corporal extensa após contato dérmico.	<b>AMARELO</b>				
	Alterações dérmicas apenas locais.	<b>VERDE</b>				
	Contato há mais de 4h e assintomático (excluir compostos tiofosforados).	<b>AZUL</b>				

SINTOMA/ QUEIXA/ EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
<b>QUEIXAS RESPIRATÓRIAS (Falta de ar, asma, dor de garganta, dor de ouvido, obstrução nasal, tosse.)</b>	FR $\geq$ 36irpm. Sat. O <sub>2</sub> $\leq$ 92%. Peak Flow < 40%. Esforço respiratório moderado. Estridor laríngeo.	<b>VERMELHO</b>	CLÍNICA MÉDICA	Cuidado com uso crônico de corticóide, idosos, história de internações frequentes ou internação em UTI.
	FR entre 28 e 35irpm. Sat. O <sub>2</sub> 93% ou 94%. Peak Flow entre 40% e 60%. Esforço respiratório leve. Dispnéia aos esforços. Dor torácica ventilatório-dependente com ou sem febre. Dor de garganta com febre, com placas e com toxemia.	<b>AMARELO</b>		
	FR entre 17 e 27irpm Sat. O <sub>2</sub> $\geq$ 95%. Peak Flow > 60%. Dor torácica ao tossir. Secreção nasal amarelada. Dor de garganta com febre e com placas sem toxemia.	<b>VERDE</b>		

	<p>Dor de ouvido com febre.</p> <p>História de chieira noturna.</p> <p>Tosse, coriza, obstrução nasal, dor de garganta ou de ouvido sem febre e sem toxemia.</p>			
	<p>FR &gt; 10 e ≤ 16irpm.</p> <p>Tosse, coriza, obstrução nasal crônica, sem febre e sem toxemia.</p>	<p><b>AZUL</b></p>		

<b>SINTOMA/ QUEIXA/ EVENTO</b>	<b>QUALIFICADORES</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>CLÍNICA</b>	<b>SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES</b>
<p><b>DOR TORÁCICA</b></p>	<p>Dados vitais alterados.</p> <p>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 frequentemente de sudorese, náuseas, vômitos ou dispnéia (DOR ISQUÊMICA).</p>	<p><b>VERMELHO</b></p>		

	Dor intensa (8-10/10).		CLÍNICA MÉDICA	Avaliar e registrar: intensidade da dor, dados vitais, se espontânea ou traumática, duração, característica, localização, irradiação, uso de medicamentos, fatores que pioram ou melhoram. Cuidado com idosos, diabéticos e pacientes com passado de IAM ou embolia pulmonar.
Dados vitais normais. Dor ventilatório-dependente ou piora com tosse, acompanhada de febre, tosse ou expectoração. Dor moderada (4-7/10).	<b>AMARELO</b>			
Dados vitais normais. Dor 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.	<b>VERDE</b>			
Dados vitais normais. Dor crônica sem característica de DOR ISQUÊMICA.	<b>AZUL</b>			

SINTOMA/ QUEIXA/ EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
<b>QUEIXAS ABDOMINAIS E URINÁRIAS</b>	<p>Dados vitais alterados. Dor intensa (8-10/10). Dor abdominal alta com suspeita de DOR ISQUÊMICA. (ver dor torácica)</p>	<b>VERMELHO</b>	CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA GERAL	Cuidado com pacientes idosos, diabéticos, pacientes com histórico de IAM com dor em abdome superior e mulheres em idade fértil com atraso menstrual.
	<p>Dados vitais normais. Dor moderada (4-7/10). Distensão abdominal. Vômitos e/ou diarreia com sinais de desidratação. Diarreia intensa (vários episódios nas últimas horas). Febre ou relato de febre. Retenção urinária aguda com bexigoma. Disúria intensa com polaciúria e/ou hematúria. Prostração, palidez cutânea ou sudorese.</p>	<b>AMARELO</b>		
	<p>Dados vitais normais. Dor leve (1-3/10). Enjôo ou relato de</p>			

	<p>vômitos e/ou diarreia sem sinais de desidratação.</p> <p>Disúria isolada ou discreta sem outros sintomas.</p> <p>Não se apresenta prostrado ou toxemiado.</p>	<p><b>VERDE</b></p>		
	<p>Dados vitais normais.</p> <p>Constipação intestinal sem outros sintomas.</p> <p>Dor crônica ou recorrente.</p>	<p><b>AZUL</b></p>		

SINTOMA/ QUEIXA/ EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
<b>DOR CERVICAL DORSAL, LOMBAR OU EM EXTREMI DADES (sem história de trauma)</b>	Dor intensa (8-10/10). Com sinais de isquemia.	<b>VERMELHO</b>	CLÍNICA MÉDICA, ORTOPEDIA	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.	<b>AMARELO</b>		
	Dor leve (1-3/10). Limitação leve dos movimentos Sem perda da função. Edema articular sem flogose.	<b>VERDE</b>		
	Dor leve (1-3/10). Sem limitação dos movimentos ou perda da função. Sem edema ou sinais flogísticos locais.	<b>AZUL</b>		

SINTOMA/ QUEIXA/ EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
<b>CEFALÉIA</b>	Dados vitais alterados. Dor intensa (8-10/10). Meningismo (rigidez de nuca). Alteração do estado de consciência. Sinais neurológicos focais (paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio). PAS $\geq$ 190 ou PAD $\geq$ 120mmHg.	<b>VERMELHO</b>	NEUROL OGIA CLÍNICA MÉDICA	Cuidado com hemorragia subaracnóidea, hematomas, meningite, encefalites.
	Dados vitais normais. Dor moderada (4-7/10) com náuseas e/ou vômitos. Sinais flogísticos locais.	<b>AMARELO</b>		
	Dados vitais normais. Dor leve (1-3/10). Dor facial com rinorréia purulenta. Relato de febre. Não se apresenta toxemiado ou prostrado.	<b>VERDE</b>		
	Dados vitais normais.			

	Dor crônica ou recorrente sem piora recente.	<b>AZUL</b>		
--	--	-------------	--	--

<b>SINTOMA/ QUEIXA/ EVENTO</b>	<b>QUALIFICADORES</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>CLÍNICA</b>	<b>SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES</b>
<b>ALTERAÇÃO AGUDA DO ESTADO NEUROLÓGICO E RELATO DE CONVULSÃO DESMAIO OU SÍNCOPE</b>	<p>Dados vitais alterados. GLASGOW entre 9 e 13.</p> <p>Piora de seqüela neurológica prévia.</p> <p>Em pós-comicial e torporoso/comatoso.</p> <p>Com crises repetitivas e sem recuperação completa da consciência entre as mesmas.</p> <p>Com déficit neurológico agudo (paresia, plegia, disfasia, afasia, ataxia, paralisia facial).</p> <p>Cefaléia intensa (8-10/10) de início súbito</p> <p>Rigidez de nuca, hipertonicidade, rigidez</p>	<b>VERMELHO</b>	<b>NEUROLOGIA CLÍNICA MÉDICA</b>	Avaliar uso/interrupção de anticonvulsivante e neurolépticos e abstinência de álcool e drogas ilícitas.

	<p>muscular.</p> <p>Distúrbio súbito do equilíbrio associado a náuseas/vômitos.</p>			
	<p>Dados vitais normais.</p> <p>Em pós-comicial e alerta.</p> <p>Relato de primeira crise convulsiva.</p> <p>Crise convulsiva há menos de 12h e alerta.</p> <p>Relato de desmaio ou síncope.</p> <p>Ritmo cardíaco irregular.</p> <p>Hemiparestesia (formigamento, dormência).</p> <p>Tonteira rotatória objetiva.</p>	<p><b>AMARELO</b></p>		
	<p>Dados vitais normais.</p> <p>Crise convulsiva há mais de 12h e alerta.</p> <p>Tonteira não rotatória</p> <p>Parestesias bilaterais ou migratórias.</p>	<p><b>VERDE</b></p>		
	<p>Dados vitais normais.</p> <p>História de crise convulsiva/epilepsia e precisando de medicação recente.</p>	<p><b>AZUL</b></p>		

SINTOMA/ QUEIXA/ EVENTO	QUALIFICADOR ES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
<b>CRISE HIPERTENSIVA /“PRESSÃO ALTA”</b>	<p>PAS <math>\geq</math> 220 ou PAD <math>\geq</math> 130mmHg com qualquer sintoma. Alteração do estado de consciência. Dor torácica sugestiva de isquemia. Sinais neurológicos focais (paresia, plegia, disfasia, afasia, ataxia, paralisia facial). Epistaxe franca.</p>	<b>VERMELHO</b>	CLÍNICA MÉDICA	<p>Cuidados com grávidas! Investigar história pregressa de hipertensão arterial e uso/suspensão de anti-hipertensivos. Pacientes com níveis pressóricos classificados como AZUL devem ser referenciados para o Centro de Saúde para</p>
	<p>PAS <math>\geq</math> 220 ou PAD <math>\geq</math> 130mmHg sem sintomas. PAS entre 190-220 ou PAD entre 120-130mmHg com qualquer sintoma.</p>	<b>AMARELO</b>		
	<p>PAS entre 190-220 ou PAD entre 120-130mmHg sem sintomas.</p>	<b>VERDE</b>		

	PAS < 190 e PAD < 120 e assintomático. História de hipertensão arterial e precisando de medicação.	<b>AZUL</b>		atendimento médico o mais breve possível.
--	---	-------------	--	---

SINTOMA/ QUEIXA/ EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
<b>“DIABETES”</b>	Dados vitais alterados. Alteração do estado mental (letargia, confusão mental, agitação, coma). Sudorese profusa (Hipoglicemia).	<b>VERMELHO</b>	CLÍNICA MÉDICA	Fazer glicemia capilar. Pacientes com níveis glicêmicos classificados como AZUL devem ser referenciados para o
	Dados vitais normais. Glicemia > 250mg/dl e sinais de desidratação.	<b>AMARELO</b>		Centro de Saúde com garantia de
	Glicemia > 250mg/dl e assintomático.	<b>VERDE</b>		atendimento
	Glicemia ≤ 250mg% e assintomático. História de Diabetes e precisando de medicação.	<b>AZUL</b>		médico o mais breve possível.

SINTOMA/ QUEIXA/ EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
<b>SANGRAM ENTOS</b> <b>*Hematême se</b>	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.	<b>VERMELHO</b>	CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA GERAL	Cuidado com cirróticos, usuários de anticoagulantes, portadores de
<b>*Hematoque zia</b> <b>*Melena</b> <b>*Hemoptise</b> <b>*Epistaxe</b> <b>*Metrorragi a</b>	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.	<b>AMARELO</b>	GINECOLOGIA OBSTETRÍCIA	coagulopatias e grávidas.
	Dados vitais normais. Relato de hematêmese,	<b>VERDE</b>		

	<p>hematoquezia ou hemoptise leve (raias de sangue).</p> <p>Relato de melena (normal no momento)</p> <p>Mamilos hemorroidários exteriorizados com sangramento discreto e dor leve/moderada (1-7/10).</p> <p>Sangramento vaginal em não grávidas com dados vitais normais.</p>			
	<p>Relato de hemorróidas com dor leve (1-4/10) e sem sangramento.</p> <p>Relato de epistaxe (normal no momento).</p>	<p><b>AZUL</b></p>		

SINTOMA/ QUEIXA/ EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA/ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
<b>OUTROS SINTOMAS QUEIXAS/ EVENTOS ISOLADOS: Edema, Icterícia, Fraqueza, Câimbras, Menstruação irregular, Atraso menstrual, Atestado de saúde, Realização de Exames</b>	Dados vitais alterados.	<b>VERMELHO</b>	CLÍNICA MÉDICA	
	Dados vitais normais. Toxemiado, prostrado, febril ou desidratado icterícia aguda. Edema generalizado (anasarca). Edema localizado com flogose e sinais sistêmicos.	<b>AMARELO</b>		
	Dados vitais normais. Edema localizado com flogose e sem sinais sistêmicos. Fraqueza ou câimbras sem outros sintomas.	<b>VERDE</b>		
	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	<b>AZUL</b>		

	ocupacional. Realização de exames complementares não urgentes.			
--	---	--	--	--

<b>SITUAÇÕES ESPECIAIS</b>	Idosos Deficientes mentais Deficientes físicos Acamados Com dificuldade de locomoção Gestantes Escoltados, algemados ou envolvidos em ocorrência policial Vítimas de abuso sexual Retorno em menos de 24h sem melhora	Esses pacientes merecem 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.
----------------------------	---	--

**Apêndice III– FICHA DE ATENDIMENTO**

NOME:			REGISTRO:		
DATA: / /	HORA:	SEXO:	IDADE:		
QUEIXA PRINCIPAL:					
HISTÓRIA BREVE: _____					
_____					
_____					
OBSERVAÇÃO OBJETIVA: _____					
_____					
_____					
DADOS VITAIS:	PA:	TEMP:	FR:	FC:	DOR:
<p>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.</p>  <p style="text-align: right;">Do</p> <p style="text-align: center;">r leve = 1 a 3 / 10. Dor moderada = 4 a 7 / 10. Dor intensa = 8 a 10 / 10</p>					

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

VERMELHA	AMARELA	VERDE	AZUL
<b>DROGAS:</b>			
<b>ALERGIAS:</b>			
<b>DOENÇAS PREEEXISTENTES:</b>			
<b>CONDUTA INICIAL:</b>			
<b>REAVLIAÇÃO</b>			<b>HORA:</b>
<b>NOME DO ENFERMEIRO:</b>			