



*Manual para organização
das unidades de Urgência e Emergência
em conformidade com o dispositivo*

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

HUMANIZARJ

Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

SUS  Sistema
Único
de Saúde

Secretário Estadual de Saúde: Alexandre Otávio Chieppe

Subsecretária de Atenção à Saúde: Fernanda Moraes Daniel Fialho Rodrigues

Assessor Técnico de Humanização: Rafael Guedes Fornerolli

Elaboração do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco- Adulto

Gisele Vasques Macedo, Humberto Santos da Silva Junior, Jaime de Oliveira Mattos Junior, Rafael Guedes Fornerolli, Clávio Luiz Filho, Carmen Andrea C. Souza, Danielle Santos Mofacto, Eduardo Lenini da Silva Santana, Edson Joaquim Santana, Elson Santos de Oliveira, Frances Tavares da Costa, Glaucia Matos Gomes da Silva, Gleice Mello, Jaqueline Freitas, Marcos Rocha Kátia Aparecida Rodrigues, Ricardo Coelho, Robério de Arruda Brant, Silvana Valéria P. O. Pereira, Silvia Young, Thabata Costa, Virgílio A. G. Parreira, Renata Soares Freitas Pereira, Vanessa Ribeiro (In Memoriam).

Elaboração do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco-Pediátrico

Fernanda Moraes Daniel Fialho, Gisele Vasques Macedo, Kátia Aparecida Rodrigues, Rafael Guedes Fornerolli, Carmen Andrea C. Souza, Carmen Verônica Sampaio, Eliane Diniz Calasans, Maria da Conceição Monteiro Salomão.

Revisão técnica:

Clávio Luiz R. Filho, Humberto Santos da Silva Junior, Jaime de Oliveira Mattos Junior, Gisele Vasques Macedo, Alice Maria Lisboa, Ana Cristina Murai, Cintia Guerra Valente de Luna, Elmar Rodrigues, Felisberto José de Bulhões Carvalho Neto, Guilherme Sales Escarpini, Kassem Ali El Hage Ahmad, Leonardo Logan Fialho Calcagno, Luis Fernando da Silva Oliveira, Onilmar de Oliveira Köhler, Rafael Guedes Fornerolli, Robério de Arruda Brant, Silvana Valéria P. O. Pereira, Tiago de Siqueira Mourão, Francilene de Souza Almeida, Alexandra Andrade, Leonardo Guedes Fornerolli, Maria Cristina Pedroso, Ynesmara Cosmo, Marcos Rocha, Joanna Almeida.

Revisão técnica dos descritores das Hemonoglobinopatias:

Márcia Pereira Alves dos Santos, Clarisse Lobo, Flávia Miranda G. C. Bandeira, Carla Bayer Mendonça, Patrícia Gomes Moura e Paulo Ivo Cortez de Araújo.

Revisão técnica dos descritores psiquiátricos:

Daniel Elia, Gilson Torres Teixeira, Karen Santos Athié, Marcos de M. Gago.

Colaboradores do Manual:

Sonia Rejane Pimenta, Ana Cristina Cupello de Souza, Francilene Souza Almeida, Alexandra Andrade, Amanda Falcão.

Arte e diagramação:

Leíse Thereza T. Vales

Anderson Augusto

FICHA CATALOGRÁFICA

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Assessoria Técnica de Humanização. Manual Técnico para Organização das Unidades de Urgência e Emergência em conformidade com o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco. – 1ª edição – Rio de Janeiro, 2022. 45 páginas.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	5
1.1.	Trajetória da Política de Humanização na saúde do Estado do Rio de Janeiro e propostas para Implantação do ACCR	5
1.2.	Objetivos do ACCR	6
2.	CAMPO DE APLICAÇÃO	7
3.	LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	7
4.	FAIXA ETÁRIA DE ATENDIMENTOS	7
5.	ESTRUTURA NECESSÁRIA DOS CONSULTÓRIOS E ÁREA DE ESPERA	8
6.	ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE ACCR	8
6.1.	Enfermeiro	8
6.2.	Técnicos de Enfermagem	9
6.3.	Recepcionistas	9
6.4.	Maqueiros	9
6.5.	Controlador de Acesso	9
6.6.	Assistente Social	10
6.7.	Médico (clínicos, socorristas e/ou pediatras)	10
7.	ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O FLUXO DE PACIENTES NO ACOLHIMENTO E NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	10
7.1.	Como definir RISCO ou PRIORIDADE no acolhimento?	10
7.2.	Avaliação inicial	11
7.3.	Como acontece a Classificação de Risco?	11
8.	Passo a passo do Acolhimento com Classificação de Risco em unidades hospitalares e UPAS	12
8.1.	Atendimento nas unidades hospitalares	12
8.2.	Atendimento em Unidades pré-hospitalares (UPAS) adulto, mista ou pediátrica	13
9.	SITUAÇÕES ESPECIAIS DE ATENDIMENTO	14
9.1.	Pacientes idosos	14
9.2.	Pacientes com deficiência	14
9.3.	Pacientes em acidentes de trabalho	15
9.4.	Pacientes portadores de hemoglobinopatias, autismo e transtornos mentais	15
9.5.	Situações especiais em hospitais	15

9.6. Situações especiais em UPAS:	15
10. AVALIAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES ADULTOS	15
10.1. Roteiro para a consulta de enfermagem	16
10.2. Observações importantes	16
11. AVALIAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS	16
11.1. Observações importantes para atendimento em crianças em situações de emergência	17
REFERÊNCIAS	19

ANEXOS/APÊNDICES:

Parâmetros/ Determinantes do protocolo Adulto por cores
Parâmetros/ Determinantes do protocolo Pediátrico por cores
Fluxograma de atendimento em unidades hospitalares/UPAS Adultos
Fluxograma de atendimento em unidades pré-hospitalares/UPA Pediátrico
Fluxograma de atendimento às vítimas de violência em unidades hospitalares
Ferramentas para avaliação da enfermagem
Escala numérica e visual da dor
Classificação de superfície corporal queimada
Escala de coma de Glasgow
Encaminhamento para a Unidade de Pronto Atendimento – UPA24h
Encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde

1. INTRODUÇÃO

No início dos anos de 2000, através da XI Conferência Nacional de Saúde pode-se discutir pela primeira vez: acesso, qualidade e humanização da saúde. A partir desse marco histórico, o tema ganhou um novo direcionamento trazendo intensos debates e enfrentamentos sobre as condições em que se construíam o SUS. Tal tema ganha fundamento através do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, que deu lugar a Política Nacional de Humanização - PNH.

A partir disso, foi possível enxergar a complexidade da tarefa de se construir de modo eficaz um sistema público que garantisse acesso universal, equânime e integral a todos os cidadãos brasileiros. Para esses autores (Benevides, Passos 2006) “ *Não restava dúvida: o SUS é uma conquista nascida das lutas pela democracia no país, que em 1988 ganham estatuto constitucional*”.

A PNH coloca-se como uma "política" e se constitui com base em um conjunto de princípios e diretrizes que operam por meio de dispositivos, buscando outras maneiras e novos modos de fazer que contribuam para solução de problemas que impedem a implementação efetiva do SUS.

Operando com o princípio da transversalidade, o HUMANIZASUS utiliza-se de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores, acreditando que ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada. (BRASIL, 2004)

1.1. Trajetória da Política de Humanização na saúde do Estado do Rio de Janeiro e propostas para Implantação do ACCR

No Estado do Rio de Janeiro, a proposta da PNH foi implementada em 2007, para isso, a Secretaria de Estado de Saúde desenvolveu uma Assessoria para a Política de Humanização. O primeiro e grande desafio foi a implantação do **Acolhimento com Classificação de Risco**, nas portas de entrada dos Hospitais Estaduais de Urgência/Emergência e Unidades de Pronto-Atendimentos 24h.

Para Silva, et. al. 2011, “*O acolhimento, enquanto uma das estratégias da PNH tem por objetivos ampliar e qualificar o acesso dos usuários, assumindo a condição de reorganizador do processo de trabalho no sentido de promover a humanização da assistência à saúde.*” Podendo, portanto ser compreendido como estratégias de trocas solidárias e comprometidas com a produção da saúde, influenciando diretamente nos princípios do SUS. Salienta a necessidade de que o olhar do usuário seja complementar ao dos profissionais de saúde e do gestor.

Segundo o documento base para gestores e trabalhadores do SUS (MS, 2006), a definição de acolhimento é:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta

qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

O Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 3.390 de dezembro de 2013, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS. Esta portaria estabelece diretrizes para a organização do Componente Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde considera o Acolhimento como uma escuta ética e adequada às necessidades de saúde dos usuários no momento de procura pelo serviço e na prestação de cuidados com o propósito de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade.

O Acolhimento é uma diretriz da PNH, que não é um local, um espaço ou profissional específico para fazê-lo, mas uma postura ética, não pressupõe hora, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades e angústias. Desse modo, é que o diferenciamos de **triagem**, pois se constitui numa ação de inclusão, que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. (BRASIL, 2012)

Esta diretriz traduz-se na recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização.

Diante disto, é necessária a qualificação de toda a equipe ligada ao acolhimento ao usuário (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança etc). É importante salientar que todos os profissionais de saúde **fazem acolhimento**; porém, nas “portas de entrada” dos serviços de saúde , podem demandar a necessidade de um grupo de profissionais de saúde, visando promover o primeiro contato com o usuário. (BRASIL, 2009)

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e abraçar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão.

A classificação de risco como ferramenta da diretriz de acolhimento é um procedimento técnico privativo do enfermeiro, conforme resolução COFEN 423/2012, sendo um instrumento de tomada de decisão baseada em protocolo, aliada à capacidade de julgamento crítico e experiências do enfermeiro. Tem como objetivo organizar o fluxo e garantir o acesso adequado aos pacientes, que procuram atendimento de urgência ou emergência.

1.2. Objetivos do ACCR:

- Humanizar o atendimento através de escuta qualificada e postura acolhedora;
- Organizar processos de trabalho, fluxos e espaço físico das unidades;
- Identificar prontamente condições de risco e vulnerabilidade;
- Priorizar para o atendimento médico, de acordo com critérios clínicos, vulnerabilidade e grau de sofrimento, utilizando protocolos específicos (ACCR, Violência, IAM , entre outros);
- Extinguir a triagem feita por recepcionistas, controlador de acesso ou vigilantes (o primeiro contato deve ser realizado obrigatoriamente pelo profissional de saúde);

- Informar aos pacientes e familiares a expectativa de atendimento e tempo de espera a fim de diminuir a ansiedade gerada pelo desconhecido;
- Fomentar a rede de atenção à saúde, articulando a atenção básica, com vistas à atenção integral.

A Secretaria de Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ), através da Assessoria Técnica de Humanização vem promovendo ações para proporcionar a reestruturação da PNH no âmbito do SUS/RJ, em consonância com a RAS (Rede de Atenção à Saúde). Com isso, utiliza mecanismos para consolidar, sistematizar e padronizar os processos de trabalho, tendo como proposta os Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas de Urgência e Emergência – Adulto e Pediátrico.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Hospitais de Emergência e Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h), que compõem a Rede de Assistência à Saúde da SES/RJ.

3. LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR- Acolhimento com Classificação de Risco
BPM - batimentos por minuto
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CVD - Cateter vesical de demora
ECG – Eletrocardiograma
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FHD - Febre Hemorrágica por Dengue
FR - Frequência respiratória
HGT - Hemoglutoteste
IAM - Infarto agudo miocárdico
LGBT+ - Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis
MSE - Membro superior esquerdo
MMSS – Membros superiores
MMII – Membros inferiores
NAF – Núcleo de Acolhimento a família
PA - Pressão Arterial
SCQ - Superfície corporal queimada
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SPO2 - Saturação de oxigênio em sangue arterial
SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave

4. FAIXA ETÁRIA DE ATENDIMENTOS

O protocolo de ACCR adulto abrange o atendimento dos usuários com a faixa etária **maior** de 18 anos. O protocolo de ACCR pediátrico abrange o atendimento dos usuários com a faixa etária menor de 18 anos, conforme orientações abaixo:

Segundo a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente, art. 2º considera-se **criança**, para os efeitos desta Lei, a pessoa **até doze anos de idade incompletos** e **adolescente** aquela **entre doze e dezoito anos de idade**, devendo ser atendido pelo pediatra. Nas unidades que não tem médico pediatra, os adolescentes deverão ser atendidos pelos profissionais de clínica médica.

5. ESTRUTURA NECESSÁRIA DOS CONSULTÓRIOS E ÁREA DE ESPERA

- Acesso e comunicação de forma facilitada entre a área de acolhimento, classificação de risco, sala vermelha e consultórios;
- Área física do acolhimento e salas de espera devem possibilitar a visão e reavaliação dos que esperam pelo atendimento, assim como condições de conforto;
- Consultório médico deverá ser separado da sala de Classificação de Risco;
- Disponibilidade de macas de transporte e cadeiras de rodas em áreas subjacentes;
- Sistema informatizado, computadores, impressora, climatização e bebedouro;
- Aparelho de glicosímetro, aparelho de pressão arterial, estetoscópio, termômetro e monitor de oximetria de pulso;
- Mobiliários: mesas, cadeiras, maca fixa e escada auxiliar.

6. ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE ACCR

Segundo institucionalizado pela SES, o ACCR deverá ser realizado somente pela equipe de enfermagem: técnico e enfermeiro, conforme suas atribuições específicas neste protocolo.

Demais profissões da equipe de saúde e administrativos irão colaborar para que o processo do ACCR se realize e deverão ter uma postura acolhedora e corresponsável frente aos casos que buscam atendimento ou informações.

Além disso, todos os profissionais devem estar capacitados tecnicamente - incluindo suporte básico e suporte avançado de vida, aqueles que não são profissionais de saúde (administrativos, porteiros e outros) deverão estar capacitados em suporte básico de vida. (BRASIL, 2009).

6.1. Enfermeiro:

- Realizar acolhimento e acompanhar atuação dos técnicos de enfermagem;
- Realizar a avaliação para a Classificação de Risco em consultório, respeitando a privacidade do usuário, em conformidade com a Resolução COFEN 423/2012;
- Realizar a Classificação de Risco, segundo o protocolo SES/RJ;
- Orientar usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;
- Determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a sua classificação;
- Garantir o atendimento médico de acordo com as cores e prioridades da Classificação de Risco;
- Esclarecer e orientar ao usuário a importância de acompanhamento em UBS tradicional ou ESF, para continuidade do tratamento e/ou prevenção de doenças;
- Ficará responsável em acionar equipe multiprofissional para atendimento às vítimas de violência;

- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS para sala do serviço social.

6.2. Técnicos de Enfermagem:

- Realizar o acolhimento;
- Registrar os dados do usuário no sistema;
- Orientar aos usuários sobre o fluxo de conclusão do registro, na recepção, e posteriormente sobre a espera para a Classificação de Risco;
- Priorizar para atendimento médico ou de enfermagem em caso de risco e/ou sinalizar as vulnerabilidades (idosos, crianças e gestantes);
- Orientar fluxos de atendimento, conforme perfil da unidade;
- Orientar o usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

6.3. Recepcionistas:

- Realizar o registro de informações do usuário no sistema;
- Orientar sobre a dinâmica de atendimento na unidade;
- Realizar encaminhamentos internos de usuários, acompanhantes ou visitantes;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social, caso não tenha sido realizado pelo Acolhimento.

6.4. Maqueiros:

- Realizar o transporte seguro interno e externo do paciente sempre que necessário;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

6.5. Controlador de Acesso:

- Controlar a entrada das unidades, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pela Gerência Administrativa;
- Coibir o ingresso de indivíduos de comportamento inadequado ou que estejam conduzindo objetos que ameacem à integridade física da equipe multiprofissional e de terceiros;
- Fiscalizar o fluxo de entrada e saída de pessoas e materiais;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

Obs: Fica proibido o primeiro contato do usuário ser realizado pelo Controlador de acesso

6.6. Assistente Social:

- Acolher e orientar os usuários sobre seus direitos sociais: vítimas de violência urbana (acidente de trânsito e atropelamento); Acidentes de trabalho/direito trabalhista; Violência contra idosos, mulheres, pessoas com deficiência, crianças, adolescente e LGBTQI+;
- Referenciar população de rua para rede de proteção social (abrigo no município e/ou outras instituições da rede de proteção social pública ou não);
- Acionar a rede social e familiar em situações que o serviço social entenda necessário: Crianças e adolescentes em condições de risco e desacompanhadas; Idosos e deficientes sem referência familiar;
- Esclarecer a comunidade sobre a forma de atendimento através de informes diários (Sala de espera ou através das ligações em casos específicos);
- Realizar acolhimento de familiares em relação à expectativa do atendimento e orientações sobre a unidade;
- Fornecer apoio matricial a equipe do NAF (em Hospitais), nos casos de notícias difíceis;
- Encaminhar o familiar ou visitante que compareça ao NAF (no caso de hospitais) para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico na emergência.;
- Participar do atendimento multiprofissional a pacientes vítimas de violência em qualquer equipamento de saúde.

6.7. Médico (clínicos, socorristas e/ou pediatras):

- Realizar o atendimento conforme a priorização das cores da classificação de risco - protocolo SES/RJ;
- Orientar o usuário sobre condutas a serem adotadas e sobre a utilização correta de medicamentos prescritos;
- Identificar os usuários portadores de doenças crônicas, que não realizam acompanhamento em unidades básicas de saúde, orientá-los e encaminhá-los à rede de atenção básica, para o início do acompanhamento;
- Realizar o redirecionamento do paciente classificado como azul, **por escrito** (modelo de documento em anexo), para o acolhimento da Unidade Básica de Saúde de Referência;
- Comunicar Notícias Difíceis de forma acolhedora, como preconiza o Manual de Acolhimento à Família (SES/RJ).

OBS: Nos hospitais de emergência realizar o redirecionamento do paciente **ADULTO** classificado como **VERDE**, **por escrito** (modelo de documento em anexo), para as UPAS 24 horas. **Não redirecionar pacientes classificados como VERDE do protocolo PEDIÁTRICO.**

7. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O FLUXO DE PACIENTES NO ACOLHIMENTO E NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

7.1. Como definir RISCO ou PRIORIDADE no acolhimento?

Risco (URGÊNCIA): define **prioridade para o atendimento** no consultório da Classificação de Risco segundo critérios clínicos.

Prioridade: informa que há na espera usuários que apresentam **vulnerabilidades**, porém **NÃO** apresentam risco de agravamento ou de morte (gestante, idosos, portadores de necessidades especiais, presos sob custódia, vítimas de violência, pacientes psiquiátricos em surto, militar em serviço e pacientes que apresentam sintomas de SRAG, pessoas com Hemonoglobinopatias, casos suspeitos e ou confirmados de COVID-19).

7.2. Avaliação inicial

Realizar uma análise sucinta e sistematizada para identificar situações com risco iminente de morte ou instabilidade de sinais vitais, atentar para os seguintes itens:

Complicações das vias aéreas: é a incapacidade de manter via aérea pérvia. Estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.

Grave esforço respiratório: Quando o paciente apresenta sinais de batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória.

Ausência de pulso central entre 5 a 10 segundos de verificação, indica parada cardiorrespiratória (PCR).

Hemorragia exanguinante: grande perda de fluxo sanguíneo que possa trazer instabilidade hemodinâmica.

Observar **sinais de choque** (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência).

7.3. Como acontece a Classificação de Risco?

A classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo e estabelecer prioridades no atendimento de pacientes que procuram as portas de entrada do SUS, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado a todos os pacientes em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza. Além de melhorar o atendimento é um direito de todo cidadão. Ainda sobre a Classificação de Risco podemos definir os seguintes níveis para organização do atendimento:

- **VERMELHO: emergência.** *Risco iminente de morte* ou com sinais iminentes de risco de deteriorização do quadro clínico. Necessitam de **atendimento imediato**. Deverão ser acompanhados imediatamente para o atendimento médico na **sala vermelha**.
- **LARANJA: muito urgente.** *Potencial risco de morte*. Necessitam de atendimento **em até 10 minutos**. Deverão ser priorizados para a sala de Classificação de Risco e em seguida, acompanhados para o atendimento **na sala vermelha**. Nas UPAS obrigatoriamente deverão ser atendidos **na sala amarela**. Durante a espera, deverá ser **reavaliado** pelo enfermeiro a **cada 5 minutos**.

OBS: **Pacientes vítimas de violência** deverão ser acompanhados até a sala multiprofissional (hospitais) e consultório médico (UPA). Pacientes com suspeita ou confirmados de COVID-19 deverão ser avaliados e direcionados para atendimento em consultório ou salas correspondentes, conforme a gravidade apresentada no momento. Em casos de pandemia e endemias a cor laranja poderá ser utilizada para priorização dos sintomas relacionados.

- **AMARELO: urgente.** *Potencial risco de agravamento*, requerem atendimento médico e de enfermagem, porém não correm risco imediato de morte. Necessitam de atendimento **em até 60 minutos**. Deverão ser encaminhados para atendimento **prioritário em consultório médico**.

Durante a espera, deverá ser **reavaliado** pelo enfermeiro a **cada 30 minutos**.

- **VERDE: pouco urgente.** *Não apresenta risco iminente de morte ou risco potencial de agravamento*. Necessitam de atendimento médico **em até 120 minutos**. Deverão ser encaminhados para **atendimento médico em consultório**. Durante a espera, deverá ser **reavaliado** pelo enfermeiro a **cada 60 minutos**.

- **AZUL: não urgente.** São casos de baixa complexidade, portanto não justifica atendimento médico no mesmo dia. Necessitam de **atendimento ambulatorial**, conforme pactuado previamente com a atenção básica.

8. Passo a passo do Acolhimento com Classificação de Risco em unidades hospitalares e UPAS

8.1. Atendimento nas unidades hospitalares:

1ª ETAPA:

Ao chegar à unidade, o usuário deve ser imediatamente recebido por um profissional de enfermagem no **Acolhimento**. Pode-se chegar de forma espontânea, trazido por ambulância ou referenciado de outros serviços de atenção à saúde. Os casos com risco iminente ou potencial iminente de morte deverão ser acompanhados até a sala vermelha, demais usuários deverão seguir o fluxo de atendimento. Após informar, o motivo pelo qual procurou a unidade (situação/ queixa), o usuário deve ser registrado no sistema informatizado. Todos os usuários devem ser informados da dinâmica do atendimento da unidade.

Sinalizar no sistema informatizado e ao enfermeiro da classificação – **RISCO OU PRIORIDADE**. (Lembrando que o fluxo de atendimento RISCO se sobrepõe ao da PRIORIDADE).

2ª ETAPA:

O usuário irá para o **Registro/Recepção** complementar seus dados cadastrais e posteriormente para sala da **Classificação de Risco**, por ordem de chegada ou priorizados, conforme critérios de risco e vulnerabilidades.

3ª ETAPA:

O enfermeiro da classificação de risco deverá classificar o risco do usuário no sistema informatizado, comunicá-lo a cor da classificação de risco e orientá-lo acerca da dinâmica do atendimento na unidade.

4ª ETAPA:

- O usuário classificado na **cor vermelha** deverá ser **acompanhado** até a **sala vermelha** pelo enfermeiro.
- Classificado na **cor laranja** deverá ser direcionado para atendimento médico **na sala vermelha**. (Atentar para os casos de violência e outras exceções).
- Classificado na **cor amarela** deverá ser direcionado para atendimento prioritário em **consultório médico**, conforme fluxo de atendimento, por especialidades médicas, estabelecido pela unidade.
- Classificado na **cor verde/ cor azul** deverão ser orientados sobre a dinâmica de atendimentos e direcionados para os consultórios médicos.

5ª ETAPA:

Os médicos, em suas respectivas especialidades, **deverão atender** os usuários seguindo a ordem prioritária da **cor de classificação de risco**, conforme preconizado neste protocolo, **respeitando** os tempos de atendimento.

OBS: Nos hospitais com atendimento em **PEDIATRIA**, os pacientes classificados como vermelho ou laranja deverão ser direcionados para sala de emergência pediátrica (sala amarela de observação pediátrica). Classificado na **cor amarela** deverá ser direcionado para atendimento em **consultório médico com prioridade**. Classificado na **cor verde** deverá ser direcionado para atendimento em **consultório médico**, conforme fluxo e protocolo de atendimento. Classificado na **cor azul** será encaminhado para **atenção básica**, por **escrito**. Sempre com seu respectivo acompanhante ou responsável. Nas situações em que o acompanhante for menor de idade não responsável pelo paciente (excetua-se pai ou mãe) deverá ser **imediatamente comunicado** ao Serviço Social.

8.2. Atendimento em Unidades pré-hospitalares (UPAS) adulto, mista ou pediátrica:

1ª ETAPA:

Ao chegar à unidade, o usuário e seu acompanhante devem ser imediatamente recebidos por um profissional de enfermagem no **Acolhimento**. Podem chegar de forma espontânea, trazido por ambulância ou referenciado de outros serviços de atenção à saúde. Os casos com risco iminente ou potencial iminente de morte deverão ser acompanhados até a sala vermelha, demais usuários deverão seguir o fluxo de atendimento.

Após informar, o motivo pelo qual procurou a unidade (situação/ queixa), o usuário deve ser registrado no sistema informatizado. Todos os usuários devem ser informados da dinâmica do atendimento da unidade.

Sinalizar no sistema informatizado e ao enfermeiro da classificação – **RISCO OU PRIORIDADE**. (Lembrando que o fluxo de atendimento RISCO se sobrepõe ao da PRIORIDADE).

2ª ETAPA:

O usuário irá para o **Registro/Recepção** complementar seus dados cadastrais e posteriormente para sala da **Classificação de Risco**, por ordem de chegada ou priorizados, conforme critérios de risco e vulnerabilidades.

3ª ETAPA:

O enfermeiro da classificação de risco deverá classificar o risco do usuário no sistema informatizado, comunicá-lo a cor da classificação de risco e orientá-lo acerca da dinâmica do atendimento na unidade.

4ª ETAPA:

- O usuário classificado na **cor vermelha** deverá ser **acompanhado** até a **sala vermelha**.
- Classificado na **cor laranja** deverá ser priorizado e acompanhado para o atendimento **na sala amarela**.
- Classificado na **cor amarela** deverá ser direcionado para atendimento em **consultório médico com prioridade**.
- Classificado na **cor verde/ cor azul** deverão ser orientados sobre a dinâmica de atendimentos e direcionados para os **consultórios médicos**.

5ª ETAPA:

Os médicos **deverão obrigatoriamente atender** os usuários seguindo a ordem prioritária da **cor de classificação de risco**, conforme preconizado neste protocolo, **respeitando** os tempos de atendimento.

OBS: Nas Unidades pré-hospitalares (UPAS) com **atendimento em PEDIATRIA**, os pacientes classificados como **vermelho** deverão ser acompanhados até a **sala vermelha**. Já na classificação **laranja** deverão ser direcionados para **sala amarela de observação pediátrica**. Classificado na **cor amarela** deverá ser direcionado para atendimento em consultório médico com prioridade. Classificado na **cor verde** deverá ser direcionado para atendimento em consultório médico, conforme fluxo e protocolo de atendimento. Classificado na **cor azul** será encaminhado para **atenção básica**, por **escrito**. Sempre com seu respectivo acompanhante ou responsável, nas situações em que o acompanhante for menor de idade não responsável pelo paciente (excetua-se pai ou mãe) deverá ser **imediatamente comunicado** ao Serviço Social.

9. SITUAÇÕES ESPECIAIS DE ATENDIMENTO

9.1. Pacientes Idosos:

Segundo a Lei N.º 10.741/2003 no art. 1.º é instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade conforme este protocolo.

9.2. Pacientes com deficiência:

Segundo o Estatuto de pessoas com deficiência Lei no 13.146/2015, no Art. 2º considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade conforme este protocolo.

9.3. Pacientes em Acidentes de trabalho:

Caso ocorra a necessidade de abertura de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), classificar conforme grau de risco ou situação/queixa, realizar o atendimento, orientar e encaminhar o paciente para UBS, se necessário.

9.4. Pacientes portadores de hemoglobinopatias, autismo e transtornos mentais:

Caso seja previamente identificado durante o Acolhimento, os pacientes portadores de hemoglobinopatias, autismo e transtornos mentais, deverão ser atendidos com prioridade, conforme determina a lei nº 8.964, de 03 de agosto de 2020.

9.5. Situações Especiais em Hospitais:

Paciente escoltado deverá ser classificado conforme grau de risco ou situação/queixa, garantindo atendimento médico o mais rápido possível devido a vulnerabilidade.

9.6. Situações Especiais em UPAS:

Paciente que faça administração de medicamentos de uso contínuo, em posse de receita para continuidade de tratamento será encaminhado para a equipe de enfermagem, em casos onde as UBS não estiverem em funcionamento, como nos finais de semana e feriados, a unidade deverá realizar administração medicamentosa, após avaliação do médico plantonista.

10. AVALIAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES ADULTOS

- Deve ser realizada por **enfermeiro**, em consultório que garanta **privacidade** durante a avaliação;
- Identificar os fatores de risco ou sinais de alerta, **acompanhando** os casos graves para a sala vermelha;
- Reconhecer a situação/queixa/sintoma e registrar no sistema (com escrita mais próxima da fala do usuário);
- Relacionar a queixa do usuário aos parâmetros/determinantes da classificação de risco, descritos no protocolo, através da coleta de um breve histórico e contextualização – realizar escrita técnica e com dados objetivos;
- Ser um ouvinte paciente, porém impor limites aos relatos, para não atrapalhar a dinâmica do processo, criando filas desnecessárias;
- Verificar os **sinais vitais** (temperatura, pressão arterial, dor, frequência respiratória e cardíaca) e **realizar exame físico** de forma simplificada, com base nas queixas/situação ou sintomas para direcionar o processo e definir a cor da classificação de risco daquele usuário;
- Avaliação da dor: esta avaliação é realizada através de Escalas Visuais Analógicas (EVA) associada a pelo menos uma alteração de sinais vitais.
- Determinar o **local de atendimento** do usuário **de acordo com a cor da classificação**;

- Orientar usuário sobre a **dinâmica do atendimento** na unidade e importância do fluxo conforme a cor da classificação;
- Realizar **busca ativa** dos casos que ainda não foram atendidos pelo médico e que necessite ser reclassificado, conforme tempo de atendimento do protocolo SES/RJ.

OBS: Sempre que houver demora no atendimento médico após a classificação de risco ou mesmo antes do usuário ser classificado, **um segundo enfermeiro deverá realizar busca ativa**, para diminuir o risco de morte evitáveis em possíveis salas de espera lotadas ou filas de atendimento. Lembrando que os casos mais graves são priorizados, independente do lugar que ocupe nesta fila de espera.

10.1. Roteiro para a consulta de enfermagem:

A- QPD: Queixa principal e duração;

B - Antecedente mórbido e medicamentoso;

C - Sinais vitais e exame físico simplificado;

D - Exames de apoio (oximetria de pulso, ECG, HGT);

E - Conduta: Classificação de risco - definição da **COR**, baseada em protocolo SES/RJ.

10.2. Observações importantes

- Reavaliações estão previstas e podem alterar a classificação, porém deve ser realizada pelo profissional enfermeiro;
- O protocolo constitui um guia de treinamento das equipes na implantação da CR nas portas de entrada;
- O protocolo constitui documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência;
- O protocolo não se constitui como instrumento de diagnóstico médico;
- O protocolo é baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos, para possibilitar classificação de gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências – condições de risco iminente de morte;
- O protocolo determina prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade, quem deve ser atendido e quem pode aguardar atendimento com segurança, além daqueles casos que poderão ser redirecionados às unidades de menor complexidade;
- Devem ser considerados a subjetividade dos pacientes e seus familiares.

11. AVALIAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

- Deve ser realizada por **enfermeiro**, em consultório que garanta **privacidade** durante a avaliação, **atendendo a criança sempre com um responsável legal, na ausência deste comunicar imediatamente ao Serviço Social;**

- Identificar os fatores de risco ou sinais de alerta, incluindo os sinais observados no acompanhante, **acompanhando** os casos graves diretamente para a sala vermelha;
- Perguntar ao acompanhante a **situação/queixa/sintoma** e registrar no sistema (com escrita mais próxima da fala do usuário), observando sempre o estado geral da criança;
- Relacionar a queixa relatada pelo acompanhante aos **parâmetros/determinantes da classificação de risco**, descritos no protocolo, através da coleta de um breve histórico e contextualização – realizar escrita técnica e com dados objetivos;
- Enquanto ouvinte, **ser acolhedor**, de resolutividade aos problemas, objetivando a eficácia e o desperdício de tempo, para não haver aumento do tempo de espera;
- Realizar a aferição da: pressão arterial, temperatura (registrar temperatura referida pelo acompanhante, se houver essa informação), frequência cardíaca e respiratória (verificar durante 01 minuto, devido a irregularidade da frequência) e peso corporal para registrá-los no sistema;
- Verificar os **sinais vitais e o exame físico** de forma simplificada, aguardando os menores se acalmarem, preferencialmente no colo do acompanhante, com base nas queixas/situação ou sintomas para direcionar o processo e definir a cor da classificação de risco daquele usuário;
- **Avaliação da dor**: esta avaliação é realizada através de Escalas Visuais Analógicas (EVA) associada a pelo menos uma alteração de sinais vitais, em caso de RNs e Lactentes a avaliação deve ser realizada de forma mais subjetiva, avaliando posturas, estado mental, agitação e ou irritabilidade, aceitação de dieta, apatia entre outros;
- Determinar o **local de atendimento** da criança **de acordo com a cor da classificação, comunicando ao acompanhante**;
- Comunicar o acompanhante sobre a **dinâmica do atendimento** na unidade e importância do fluxo conforme a cor da classificação;
- Realizar **busca ativa** dos casos, **principalmente em RNs Lactentes e Crianças, com queixas febris e respiratórias**, que ainda não foram atendidos pelo profissional e que necessite ser reclassificado, conforme tempo de atendimento do protocolo SES/RJ.

11.1. Observações importantes para atendimento em crianças em situações de emergência

- No atendimento em Pediatria deve ser considerada que a MORTALIDADE INFANTIL por causas clínicas na faixa etária entre 01 e 04 anos são as doenças infecciosas, em destaque as gastroenterites e as respiratórias, portanto, as crianças com queixas relacionadas devem ser reavaliadas se o tempo de espera exceder ao preconizado;
- Deve se atentar no atendimento de **crianças vítimas de acidentes**, principalmente os acidentes externos, em destaque o de trânsito que é a 1ª causa de mortalidade, seguido do afogamento, cuja dinâmica de asfixia tardia, por afogamento secundário deve ser valorizada;
- A **PCR** em criança é secundária a **falência respiratória**, portanto é necessário a avaliação rápida e reconhecimento de sinais de aumento de frequência respiratória, batimento de asa de nariz, retrações torácicas, cianose, gemência e alterações de nível de consciência;
- A criança possui menor quantidade de tecido adiposo, o que deixa os órgãos mais próximos uns dos outros, o que aumenta o risco de traumas abdominais e politraumas, do que os adultos;
- As **perdas líquidas** agudas como diarreia, vômitos e sangramentos são proporcionalmente mais significativas que nos adultos, levando rapidamente à **desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos**, e no caso dos lactentes podem levar a hipoglicemia;

- Observar as crianças que se apresentam muito retraídas, que tem dificuldade de permitir o exame físico, ou que apresentam alterações de comportamento na presença ou ausência do responsável, podem ser potenciais **vítimas de abusos e maus tratos**, aos sinais de abuso físico e ou mental, esses devem ser relatados no prontuário e comunicados ao assistente social;
- Devem ser considerados sempre a subjetividade dos pacientes e seus familiares nas informações, bem como o contexto social em que se inserem, avaliando assim o grau de **vulnerabilidade** em que o núcleo familiar está inserido.

REFERÊNCIAS

- ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA **Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines.** Hypertension. 2018.
- ABEN- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM; **Programa de atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente**, Ciclo 4, Modulo 3, (LEITE, Maria M.J. Porto Alegre; Artmed/Panamericana, Editora 2006.p 176; ISSN 1809-9521.
- ANDRADE, Francisco Alves de; PEREIRA, Lilian Varanda; SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 14, n. 2, p. 271-276, Abril, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S010411692006000200018&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 02 Set. 2019.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Maio 2019.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Hospital Municipal Odilon Bherens- MG.**
- BRANDOW AM, CARROLL CP, CREARY S, EDWARDS-ELLIOTT R, GLASSBERG J, HURLEY RW, KUTLAR A, SEISA M, STINSON J, STROUSE JJ, YUSUF F, ZEMPSKY W, LANG E. American Society of Hematology 2020 guidelines for sickle cell disease: management of acute and chronic pain. *Blood Advances*, vol. 4, n. 12, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de quadros de procedimentos: AIDIPI Criança: 2 meses a 5 anos.** Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- _____. Brasília. **Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico Adulto e Criança.** MS, 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. 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.

- _____ . Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha de Ambiência - 2.ª edição** - Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF – 2006.
- _____ . **Portaria n ° 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Poder Executivo, 12 nov. 2002.
- _____ . **Portaria GM 1.600 de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Poder Executivo, 2011.
- _____ . 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.
- _____ . **Portaria GM/MS n° 3.390 de dezembro de 2013**, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS.
- _____ . Presidência da República Casa Civil. **Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.
- _____ . Presidência da República Casa Civil. **Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
- _____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 86 p.: Il
- CARVALHO, C. R. R. **Fisiopatologia Respiratória**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
- CARVALHO DS, KOWACS PA. **Avaliação da intensidade de dor**. Migrêneas cefaléias, 2006; v.9, n.4, p.164-168.
- COFEN. **Resolução COFEN 423/2012**. Normatiza no Âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos.
- COREN SP. PARECER COREN-SP 024/2013 – CT PRCI n° 101.023 e Tickets n° 288.389, 289.295, 297.749 e 299.751. **Competência para aplicação e avaliação de escalas da dor**.
- COUTINHO, Ana Augusta Pires; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MOTA, Joaquim Antônio César. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de *Manchester*. *Rev Médica de Minas Gerais*. MG, 2012. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/101> Acesso em: 24 de janeiro de 2022.
- Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Diretrizes para implementação do sistema Manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências. Segunda Edição Brasileira, 2017.
- KASPER... (et al); tradução: Ademar Valadares Fonseca...et al.; revisão técnica; Alessandra Finkelsztejn... et al. **Medicina interna de Harrison**. 19ª edição. Porto Alegre; AMGH, 2017.
- LINK, Mark S., BERKOW, Lauren C.; et al. **AHA guidelines Uptodate for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular care**. Nov. 2015. Circulation 2015; 132:S444-S464

- MAFRA, A. A. et al. **Acolhimento com Classificação de Risco no Hospital Municipal Odilon Behrens em Belo Horizonte**, 2006.
- PADUÁ, A. I, ET AL. **Insuficiência Respiratória**. Simpósio: Urgências e Emergências Respiratórias. Cap. I, Ribeirão Preto, 2003.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. **O serviço de urgência: recomendações para os cuidados urgentes e emergentes**, 2004.
- RIO DE JANEIRO. **LEI Nº 8.964, DE 03 DE AGOSTO DE 2020**. Obriga os estabelecimentos de saúde públicos e privados a priorizar o atendimento de urgência e emergência aos pacientes com imunodeficiências, hemoglobinopatias, incluindo pessoas com autismo e/ou transtorno mental, e dá outras providências.
- _____. Secretaria Estadual de Saúde. **Procedimento Operacional Padrão - Organização de Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e Emergência em conformidade com o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco**, 2009.
- _____. Secretaria Estadual de Saúde. Núcleo estadual de saúde para Prevenção de Violência. Protocolo de Atendimento aos usuários em Situação de Violência. SES-RJ, 2021.
- _____. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Manual de acolhimento e classificação de risco nos serviços de Urgência e emergência – SMSDC**, 2015.
- SILVA CRA, LUNARDI Filho WD, BACKES DS, SILVEIRA RS, Lunardi VL, Silva APA. Acolhimento como estratégia do programa nacional de humanização. *Ciência Cuidado Saúde*. 2011.
- SIMON E, LONG B, KOYFMAN A. Emergency Medicine Management of Sickle Cell Disease Complications: An Evidence-Based Update. *J Emerg Med*. 2016. Epub 2016 Aug 20. PMID: 27553919.
- SZPILMAN David, Afogamento. *Revista Brasileira Medicina e Esporte*; Vol. 6, Nº 4 – Jul/Ago, 2000 acesso em <https://www.scielo.br/j/rbme/a/QsYqrfCKQT5vYbs8XPNCm4z/?format=pdf&lang=pt>
- TORRE, J.L. Fernández. Auras epilépticas; classificação, fisiopatologia, utilidade prática, diagnóstico diferencial e controvérsias. *Revista de neurologia* vol.34 (número 10), Barcelona, 2002. Disponível em: <https://www.neurologia.com/articulo/2001259/> por, acessado em: 11/01/2021.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Descritores e Fluxogramas de Atendimento Adulto

UPAs e Hospitais

ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES

VERMELHO

- Parada cardiorrespiratória.
- Iminência de parada cardiorrespiratória.
- Bradicardia (FC \leq 40 bpm).
- Hipertensão (PA qualquer valor), com sinais de má perfusão ou dispneia ou alteração neurológica.
- Hipertensão (PA $>180 \times 120$ mmHg), associada a lesão aguda de órgão-alvo (sinais de má perfusão).
- Hipotensão (PAS \leq 90 mmHg e/ou PAM \leq 65), com sinais de má perfusão ou dispneia ou alteração neurológica.

LARANJA

- Bradicardia (FC \geq 41 e \leq 50 bpm) com sinais de má perfusão ou alteração neurológica.
- Dor torácica, pressão torácica retroesternal em queimação ou "peso", irradiação ocasional para pescoço, mandíbula, epigástrico, ombros ou membro superior esquerdo (MSE).

AMARELO

- Bradicardia (FC $>$ 51 bpm $<$ 60) ou taquicardia (FC $>$ 140 bpm) com estado mental preservado, sem sinais de má perfusão ou dispneia ou alteração neurológica.
- Hipertensão (PA $>180 \times 120$ mmHg), sem lesão aguda de órgão-alvo ou piora de lesão (assintomático).

VERDE

- Hipertensão $\leq 179 \times 119$ mmHg (assintomático).

AZUL

- Hipertensão PAS ≥ 130 a 139×80 mmHg (assintomático).

ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

VERMELHO

- Perda ou rebaixamento do nível de consciência (comatoso ou torporoso).
- Convulsão ou pós comicial não responsivo.
- Dislalia ou disartria agudas, desvio de comissura labial agudo e déficit motor/sensitivo agudo (hemiplegia, hemiparestesia, hemiparesia).
- Perda súbita da visão.
- Cefaléia intensa, vômito em jato, rigidez de nuca, fotofobia.
- Anisocoria aguda.
- Intoxicação exógena com alteração do nível de consciência e/ou sinais vitais alterados.
- Sinais neurológicos focais (mono plegia, mono parestesia, mono paresia) com tempo menor que 4:30h.

LARANJA

- Alteração do nível de consciência (obnubilado ou sonolento).
- Alterações cognitivas e comportamentais (agressividade/perda de memória recente).
- Pós comicial imediato responsivo.
- Intoxicação exógena, sem alteração do nível de consciência.
- Déficit cognitivo crônico por sequela ou demência com agudização.
- Nistagmo.
- Dislalia ou disartria ou déficit motor/sensitivo nas últimas 24h.
- Aura epilética (escotomas, vultos e brilhos).
- Sinais neurológicos focais (mono plegia, mono parestesia, mono paresia) com tempo maior que 4:30h.

AMARELO

- Relato de convulsão nas últimas <6 h, sem crise no momento, com sinais vitais normais.

VERDE

- Déficit cognitivo crônico por sequela ou demência, sem alterações neurológicas agudas.
- Relato de convulsão de 6 a 12 horas e sem crise no momento, com sinais vitais normais.

AZUL

- Troca de receita para medicamento de uso contínuo.
- Relato de convulsão com mais de 12 horas e sem crise no momento, com sinais vitais normais.

ATENÇÃO

Alterações glicêmicas, doenças infecciosas, isquêmicas, inflamatórias, trauma, intoxicação exógena, drogas, distúrbios metabólicos, desidratação, libação alcoólica, doenças psiquiátricas (surto agudização).

ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

VERMELHO

- Obstrução de vias aéreas.
- Dispneia associada a: alteração do nível de consciência (Letargia; Confusão mental; Irritabilidade; Agressividade).
- Dispneia associada a: bradicardia FC \leq 50 bpm ou taquicardia FC $>$ 100 bpm.
- FR \leq 10 IRPM.
- Cianose, enchimento capilar $>$ que 2 s, com uso de musculatura acessória e SpO₂ $<$ 90 %.
- Ruídos adventícios audíveis sem uso do estetoscópio.
- Murmúrios vesiculares universalmente abolidos.

LARANJA

- Risco de obstrução de vias aéreas.
- Esforço respiratório com estridor, sialorréia, fala entrecortada.
- Crise de asma grave SpO₂ $>$ 90 a $<$ 94%.
- Ruídos adventícios audíveis à ausculta com uso do estetoscópio.
- FR \geq 25 IRPM.
- Murmúrios vesiculares parcialmente abolidos associado a dispneia.
- Hemoptise (sangramento das vias aéreas baixas), com ou sem tosse.

AMARELO

- Saturação SpO₂ entre 90 a 94 %, com frequência respiratória de 20 a 24 IRPM.
- Tosse produtiva com escarros hemoptoicos ou com ruídos adventícios.
- Murmúrios vesiculares parcialmente abolidos sem dispneia.

VERDE

- Tosse produtiva.
- Dor de garganta com sinais de infecção (placas purulentas, febre).
- Saturação SpO₂ entre 90 a 94 %, assintomático.

AZUL

- Coriza.
- Dor de garganta, sem sinais de infecção ou febre.
- Tosse seca.
- Sintomas gripais, sem febre.

ATENÇÃO

Avaliar nível de gravidade dos pacientes com suspeita de Covid-19.

ALTERAÇÕES TRAUMA

VERMELHO

- Suspeita de: trauma crânio encefálico (TCE), trauma cervical, fratura de anel pélvico (Bacia), fratura de ossos longos.
- Politrauma (lesão em mais de 2 segmentos corpóreos).
- Trauma torácico e/ou abdominal, com repercussão hemodinâmica e ventilatória.
- Trauma aberto: craniano, torácico, abdominal e/ou pélvico.
- Amputação, desenlucamento, esmagamento de extremidades.
- Perfuração por arma de fogo ou por arma branca.
- Glasgow de 3 a 8.
- Afogamento (atentar para trauma raquimedular -TRM).
- Ferimento com hemorragia não compressível ou evisceração*.
- Asfixia por corpo estranho.
- Lesões provocadas por animais peçonhentos, com repercussão hemodinâmica e ventilatória.
- Empalamento.

LARANJA

- Trauma torácico, abdominal e pélvico, sem repercussão hemodinâmica e ventilatória no momento da avaliação.
- Suspeita de fratura fechada de extremidades, com deformidade aparente.
- Suspeita de fratura aberta de extremidades.
- Edema com deformidades e limitação funcional em articulações pós-trauma em até 48h, com dor intensa (8 a 10).
- Dor lombar pós-trauma, com dor intensa (8 a 10).
- Glasgow de 9 a 14.
- Ferimento com sangramento ativo compressível*.
- Relato de violência doméstica, sexual e ou interpessoal.
- Corpo estranho em VAS, sem comprometimento respiratório.
- Lesões provocadas por animais peçonhentos ou venenosos, sem repercussões ventilatórias e ou hemodinâmicas.
- Lesões oculares.

AMARELO

- Edema, limitação funcional pós-trauma, com dor moderada (4 a 7) em até 48h.
- Cefaléia, tardia ao trauma, com dor moderada (4 a 7) secundária ao trauma.
- Tatuagem traumática (marcas provocadas na pele após contato com objeto durante o trauma).
- Corpo estranho no canal auditivo, nasal ou ocular.
- Ingestão de corpo estranho.
- Suspeita de fraturas fechadas de extremidades, sem deformidade aparente.

ALTERAÇÕES TRAUMA

VERDE

- Dor lombar, tardia ao trauma, com dor moderada (4 a 7).
- Trauma em extremidades com sinais vitais normais e dor leve (1 a 3).
- Escoriações imediatas.
- Ferimentos em tórax, abdômen ou membros, sem sangramento, com sinais flogísticos*.
- Avaliação de imobilizações que apresentem comprometimento segmentar.

AZUL

- Escoriações tardias com ou sem sinais flogísticos, sem febre.
- Procura por imunobiológicos em casos de mordeduras superficiais sem flogose.
- Troca /retirada de imobilizações gessadas.
- Troca de curativo.
- Retirada de pontos.
- Solicitação de laudo médico.

ATENÇÃO

Observar deformidade associada à solução de continuidade da pele, limitação funcional. Observar mecanismo de trauma.
 Início da gravidade, evolução dos sintomas.
 Deterioração do quadro neurológico (Escala de coma de Glasgow - anexo).
 Queda da própria altura com trauma.
 Observar cefaleia, com dor intensa, sonolência, náusea, e/ou vômito, sinal de Guaxinim, secundário ao trauma craniano.
 *Incluir mordeduras.

ALTERAÇÕES SISTÊMICAS

VERMELHO

- Perda ou rebaixamento do nível de consciência.
- Febre súbita $\geq 40^{\circ}\text{C}$, com tremores, calafrios.
- Hipotensão (Pressão Arterial sistólica < 80 mmHg); Taquicardia (FC > 140 bpm) ou bradicardia (FC < 40 bpm); Pulso filiforme e rápido.
- Repercussão ventilatória com saturação $< 90\%$ com ou sem tiragem intercostal e/ou batimento de asas do nariz.
- Edema de glote (inchaço na garganta e/ou dificuldade respiratória).
- Palidez acentuada, pele fria e pegajosa, sudorese, cianose, enchimento capilar lentificado $> 2\text{s}$, hipotensão ortostática.
- PA convergente (diferença entre sistólica e diastólica < 20 mmHg).
- Eritema purpúreo, petéquias, vasculites com rigidez de nuca.
- Vômitos em jato com rigidez de nuca.
- Epistaxe com instabilidade hemodinâmica.
- Cefaleia intensa, súbita e/ou persistente, com sinais neurológicos. (EVA 8 a 10).
- Sinais neurológicos focais (mono plegia, mono parestesia, mono paresia) com tempo menor que 4:30h.
- HGT < 70 mg/dL com: Alteração do nível de consciência; Visão turva; Pele fria e pegajosa.
- HGT ≥ 300 mg/dL com: Visão turva; Pulso anormal; Taquipneia; Hálito cetônico; Prostração; Pele fria e pegajosa.

LARANJA

- Alterações dos níveis de consciência (não classificadas em outros descritores).
- Edema difuso em face (angioedema) e/ou eritema disseminado (placas urticariformes pelo corpo - prurido).
- Epistaxe sem instabilidade hemodinâmica.
- Cefaléia intensa (EVA - 8 a 10), súbita e/ou persistente, sem sinais neurológicos.
- Febre entre 39°C a $39,9^{\circ}\text{C}$ associados a outros sinais e sintomas.
- Taquipnéia FR > 25 irpm.
- Vômitos em jato sem rigidez de nuca.
- Otorréia com febre.
- Dor, edema e empastamento de panturrilha (as).
- Sinais neurológicos focais (mono plegia, mono parestesia, mono paresia) com tempo maior que 4:30h.
- HGT < 70 mg/dL ou > 300 mg/dL assintomático.
- Dor intensa (EVA - 8 a 10) em pacientes com hemoglobinopatias.
- Vômitos frequentes com dor abdominal esparsa e com icterícia em pacientes com hemoglobinopatias.

ATENÇÃO

Choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, choque pirogênico, choque anafilático e intoxicação exógena.

ALTERAÇÕES SISTÊMICAS

AMARELO

- Eritema purpúreo, petéquias, vasculites sem rigidez de nuca.
- Cefaléia Moderada, súbita ou rapidamente progressiva.
- Anúria.
- HGT entre 200mg/dL e 300mg/dL assintomático.
- Febre entre 38°C a 38,9°C associados a outros sinais e sintomas.

VERDE

- Tontura, náusea, cansaço excessivo.
- Náuseas/ vômitos sem sinais de desidratação.
- Queixa de oligúria.
- Queda do estado geral crônica.
- Sinais flogísticos no globo ocular (vermelhidão, prurido, lacrimejamento e/ou secreção).
- HGT \geq 200mg/dL assintomático.
- Caquexia.

AZUL

- Cefaleia leve e persistente com ou sem secreção nasal.
- Renovação de prescrição de medicamentos.
- Aquisição de insumos para tratamento contínuo.

ATENÇÃO

Choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, choque pirogênico, choque anafilático, intoxicação exógena e acidentes com animais peçonhentos.

QUEIMADURAS E FERIDAS

VERMELHO

- Queimadura elétrica, química e/ou inalatória em qualquer percentual.
- Queimadura de 2º Grau >10 % em SCQ.
- Queimadura de 3º Grau.
- Queimadura de 2º Grau em períneo/face.

LARANJA

- Sinais de intermação (bradpneia, taquicardia, febre > 40°).
- Queimadura de 2º Grau até 10 % em SCQ.

AMARELO

- Queimadura de 1º Grau com agravos*.
- Ferida em cabeça, tronco ou genitália, com presença de miíase.
- Lesão cutânea com sinais flogísticos (Erisipela, celulite, abscessos, úlceras e pés diabéticos).

VERDE

- Queimaduras em fase de epitelização, com infecção local.
- Lesão cutânea infectada com febre (foliculite e furunculose).
- Dermatites alérgicas.
- Queimadura de 1 grau sem agravos.
- Ferida em cabeça, rosto ou em cavidades com miíase, com ou sem doença de base.

AZUL

- Lesão cutânea infectada sem febre (foliculite e furunculose).
- Afecções cutâneas: impetigo, escabiose, micoses.
- Retirada de pontos.
- Pediculose.
- Ferida em membros superiores ou inferiores, com presença de miíase, sem outra doença de base.
- Qualquer troca de curativos de rotina (exceto situações especiais).
- Dermatites eritemato descamativas (psoríase e dermatite de contato).
- Dermatoses em geral.

ATENÇÃO

Áreas críticas para queimaduras – Face, pescoço, axilas, mãos, pés, genitálias e grandes articulações.
*Agravos: sinais de desidratação, prostração, vômito. Cefaléia, tontura, sudorese intensa e diarreia.

ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAL E GENITOURINÁRIO

VERMELHO

- Hematêmese, enterorragia e/ou melena, com instabilidade hemodinâmica.
- Hematúria maciça com instabilidade hemodinâmica.
- Dor abdominal intensa à palpação.
- Sangramento vaginal ativo (com instabilidade hemodinâmica).
- Qualquer dor abdominal com icterícia e/ou sangramento ativo.

LARANJA

- Diarreia com presença de sangue e sinais desidratação.
- Retenção urinária aguda, anúria ou oligúria (Atentar para troca de CVD em casos de obstrução).
- Lombalgia refratária a analgesia.
- Hematêmese, enterorragia e/ou melena, sem instabilidade hemodinâmica.
- Priapismo em pacientes com hemoglobinopatias.

AMARELO

- Dor abdominal e/ou distensão moderada, com febre.
- Sangramento vaginal ativo (sem instabilidade).
- Disúria associada a lombalgia ou a gravidez, com febre.
- Diarreia com sinais de desidratação e/ou febre.
- Vômitos com sinais de desidratação.

VERDE

- Dor abdominal leve sem outros sinais/sintomas.
- Diarreia sem sinais de desidratação.
- Disúria associada a lombalgia ou a gravidez, sem febre.

AZUL

- Troca de CVD sem obstrução.
- Diarreia crônica, sem sinais de desidratação.

ATENÇÃO

Diarreia aguda = acima de 6 episódios, com evacuações líquida ou pastosa.

DISTÚRPIO PSIQUIÁTRICO OU COMPORTAMENTAL

VERMELHO

- Intoxicação exógena com alteração do nível de consciência e/ou sinais vitais alterados.
- Autoflagelação com lesões contundentes e/ou profundas; Sangramento ativo incontrolável.
- Tentativa de suicídio com ou sem agitação psicomotora.

LARANJA

- Sinais de impregnação medicamentosa com:
 - Distonia, hipotonia ou hipertonia muscular;
 - Tremores;
 - Agitação psicomotora;
 - Alucinações.
- Autoflagelação com lesões contundentes e sangramento ativo compressível.
- Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência auto ou hetero agressão.
- Delirium (síndrome de abstinência moderada a grave).

AMARELO

- Crise de pânico ou ansiedade.
- Pensamento suicida.
- Autoflagelação com lesões superficiais.
- Histeria.
- Euforia.

VERDE

- Histórico psiquiátrico com leve ou moderada alteração comportamental.
- História de depressão, luto, reação adaptativa.
- Relato de Insônia.

AZUL

- Etilismo crônico sem alterações sistêmicas agudas.
- Troca de receita para prescrição medicamentosa.
- Encaminhamentos para especialidades médicas.

ATENÇÃO

Hipoxemia e hipoglicemia pode levar a quadro de agitação e alteração comportamental. Avaliar a história clínica, medicamentosa e relato familiar. Caso esteja sem acompanhante, priorizar atendimento.

SÍNDROMES NEUROMOTORAS

VERMELHO

- Dor intensa, aguda ou crônica agudizada (EVA 8 a 10).
- Paresia/Plegia aguda.
- Dor em segmentos com sinal de isquemia.

LARANJA

- Dor intensa, aguda ou crônica agudizada (EVA 8 a 10).
 - com imobilidade ou,
 - com sinais flogísticos em articulação.

AMARELO

- Dor moderada, aguda ou crônica (EVA 4 a 7).
- Lombalgia com imobilidade e/ou edema local.
- Parestesia em segmentos.

VERDE

- Dor leve (EVA 1 a 3) aguda ou crônica, sem isquemia, sem déficit motor, com diminuição da capacidade motora.
- Lombalgia sem déficit motor ou que irradia para os membros inferiores.
- Artralgia sem sinais de flogose.
- Edemas em articulações dos MMSS OU MMII.

AZUL

- Dores crônicas sem outros sinais/sintomas (tendinites, bursites, sinovites).

Descritores e Fluxogramas de Atendimento Pediátrico

UPAs e Hospitais

ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

VERMELHO

- Letargia ou agitação.
- Estridor em repouso (corpo estranho).
- Apneia ou bradpneia / gemência no lactente.
- Sinais de desconforto respiratório grave.
- Tiragem subcostal intensa, taquipneia (Retração de fúrcula external).
- Cianose ($SO_2 < 90\%$).
- Choque.

LARANJA

- Taquipneia sem esforço ou com tiragem intercostal leve.
- Estridor ao choro sem cianose (criança menor de 3 anos).
- Fala entrecortada ou choro entrecortado com SO_2 acima de 91%.
- Cianose ao choro.

AMARELO

- Desconforto respiratório leve.
- Taquipneia com tiragem intercostal leve, estridor ao choro, sem cianose.

VERDE

- Sintomas gripais.
- Dor de garganta, tosse produtiva.
- Otorreia.
- Otolgia.

AZUL

- Resfriado sem febre.
- Coriza, obstrução nasal sem dificuldade respiratória.
- Ausência de sinais de desconforto respiratório.

ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES

VERMELHO

- Parada cardiorrespiratória.
- Perda do nível de consciência, bradpneia, gasping (padrão respiratório irregular).
- Escala de Coma de Glasgow - 3 a 8.
- Bradicardia ($FC < 40$ bpm).
- Síncope, lipotimia, sudorese, extremidades frias e pegajosas, cianose.
- Taquicardia, pulso periférico fino.
- Pele e extremidades frias.
- Cardiopatia congênita cianótica.

LARANJA

- Com alterações de sinais vitais.
- Sudorese fria.
- Cardiopatia congênita acianótica.
- Cianose periférica.

ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

VERMELHO

- Convulsão no momento.
- Pós-comicial não responsivo.
- Perda nível consciência.
- Escala de Coma de Glasgow - 3 a 8.

LARANJA

- Relato de crise convulsiva ou estado pós-comicial responsivo.
- Escala de Coma de Glasgow - 9 a 13.
- Cefaleia intensa (escala de dor - 8 a 10).
- Sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca ou abaulamento de fontanela).
- Letargia ou hipoatividade.
- Irritabilidade (choro incontrolável) em criança menor de 3 meses.

AMARELO

- Hipotonia, flacidez, déficit focal na criança lúcida.
- Escala de Coma de Glasgow - 14 a 15.
- Dor moderada (4 a 7).

VERDE

- Dor leve (1 a 3).

AZUL

- Diagnóstico anterior de doença neurológica para adequação de medicamentos.

ALTERAÇÕES SISTÊMICAS

VERMELHO

- Letargia, inconsciência.
- Desidratação grave com sinais de choque.
- Escala de Coma de Glasgow - 3 a 8.
- Hipotermia ou Febre aferida ou referida (nas últimas 24hr) = ou > que 37,8C no RN.
- Febre aferida ou referida (nas últimas 24hr) = ou > que 40,5C.
- Anafilaxia grave (edema de glote e angioedema).

LARANJA

- Dor intensa (8 a 10).
- Taquicardia, olhos fundos, boca seca e fontanela deprimida no lactente.
- Sangramento vaginal.
- Distensão abdominal e vômitos no RN.
- Dor abdominal intensa.
- Urticária gigante.
- Febre aferida ou referida (nas últimas 24hr) = ou > que 39,5C a 40,4C.

AMARELO

- Dor moderada (4 a 7).
- Desidratação sem choque.
- Icterícia extensa no recém-nascido.
- Diarreia com presença de sangue.
- Desnutrição grave sem hipotermia e/ ou hipoglicemia.
- Dor abdominal moderada (4 a 7).
- Distensão abdominal moderada.
- Placas urticariformes.
- Febre aferida ou referida (nas últimas 24hr) = ou > que 39,4C a 38,9C.

VERDE

- Dor leve (1 a 3).
- Diarreia e vômitos sem desidratação.
- Dor abdominal leve (1 a 3).
- Disúria.
- Odinofagia (dor para engolir).
- Icterícia persistente no lactente < 3 meses.
- Eliminação de vermes.
- Prurido.
- Febre aferida ou referida (nas últimas 24hr) = ou < que 38,8C.

ALTERAÇÕES SISTÊMICAS

AZUL

- Ausência de sinais de choque ou desidratação.
- Cólica ou constipação sem outros sinais ou sintomas associados.
- Dermatite de contato.

ATENÇÃO

Para infecção, hipoglicemia (fazer glicemia capilar).

QUEIMADURAS E FERIDAS

VERMELHO

- Grande queimado > 20% SCQ ou com comprometimento de vias aéreas.
- Queimadura elétrica, química e/ou inalatória em qualquer percentual.
- Queimaduras de 3º grau.

LARANJA

- Queimadura de 2º grau < 20 % em SCQ.
- Onfalite no RN.

AMARELO

- Queimadura de 2º grau < 10% SCQ, em área não crítica, não circular.
- Processo inflamatório nas articulações/partes moles - artrite.
- Celulite de face.
- Míase intensa com celulite associada.
- Impetigo em menor que 6 meses.
- Sinais de intermação e insolação.

VERDE

- Queimadura de 1º grau.
- Feridas infectadas sem celulite circundante.
- Míase sem infecção.

AZUL

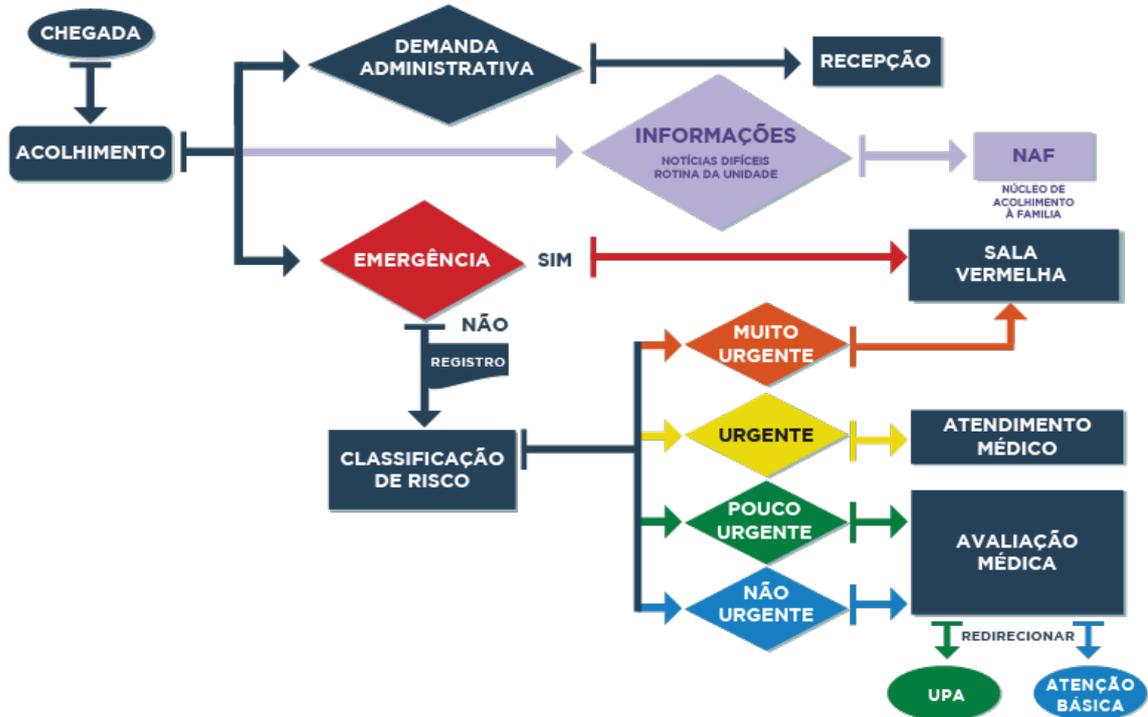
- Assadura não extensa no períneo.
- Lesões cutâneas sem sangramento.
- Miliun no RN (pequenos pontinhos amarelos no nariz).
- Retirada de pontos.
- Curativo simples.
- Impetigo (em escolar).

ATENÇÃO

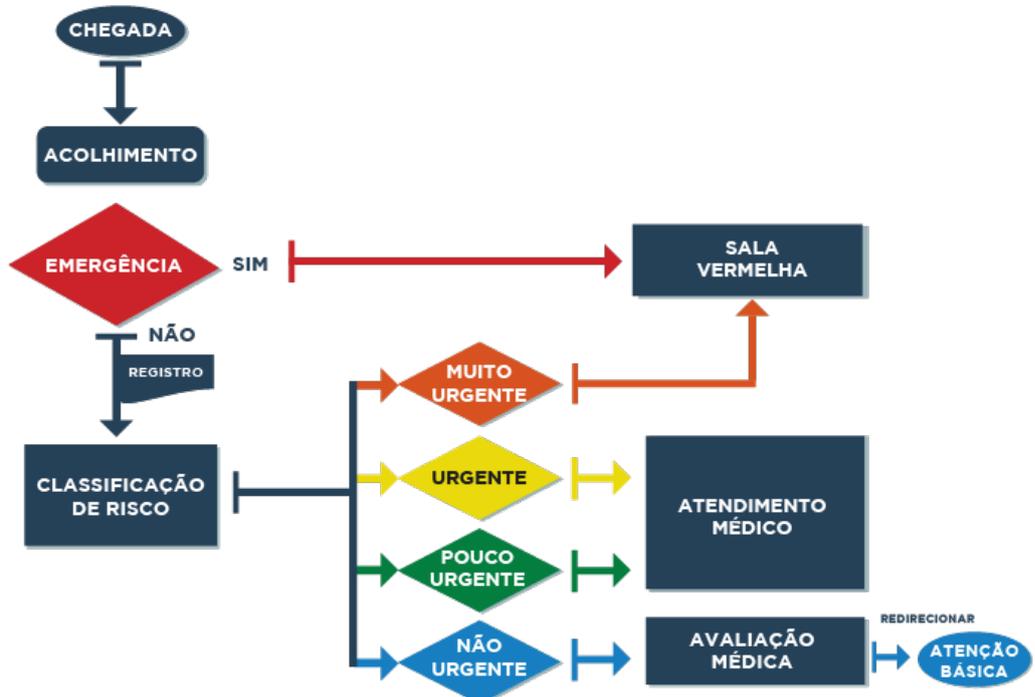
Sinais de intermação e insolação:
Intermação - bradpneia, taquicardia, febre > 40°.
Insolação - Cefaleia, tontura, febre, calor, sudorese intensa, queimaduras de pele, vômito e diarreia.

Fluxograma de Atendimento Adulto em Unidades Hospitalares/UPA

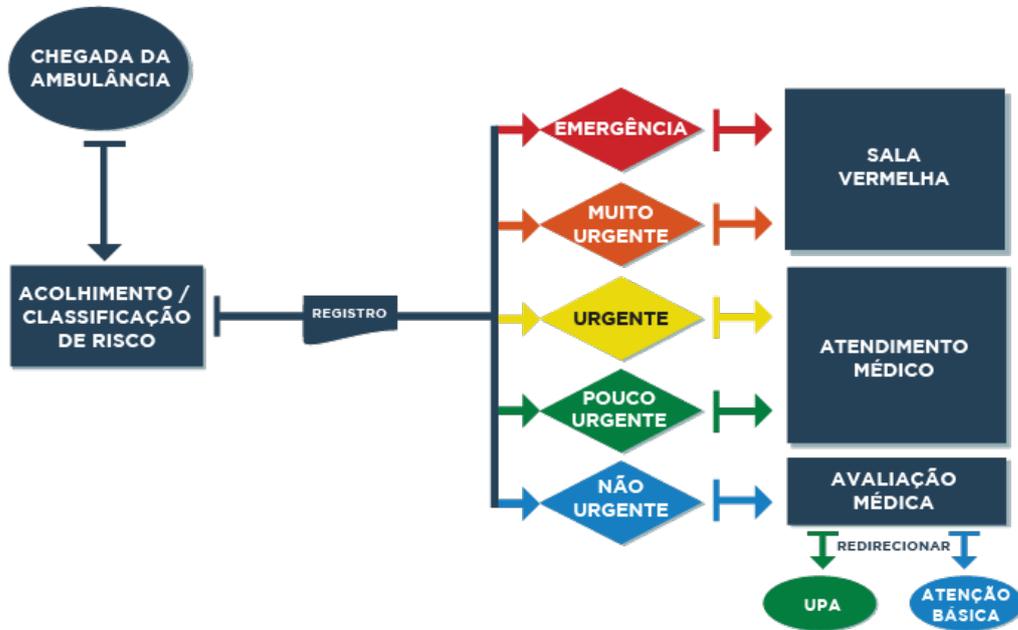
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR



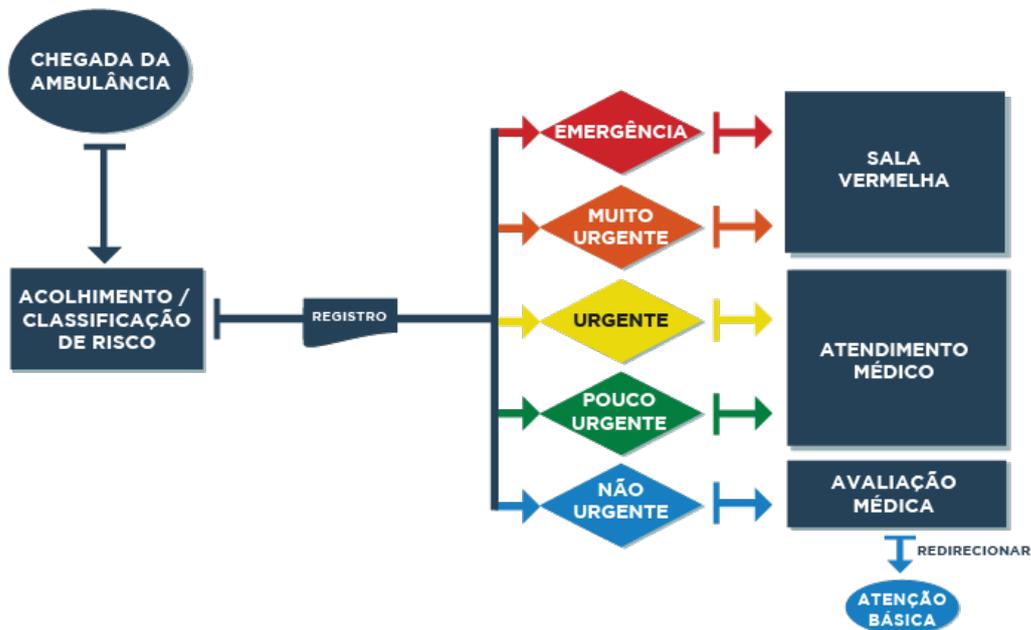
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO UPA



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR - AMBULÂNCIA

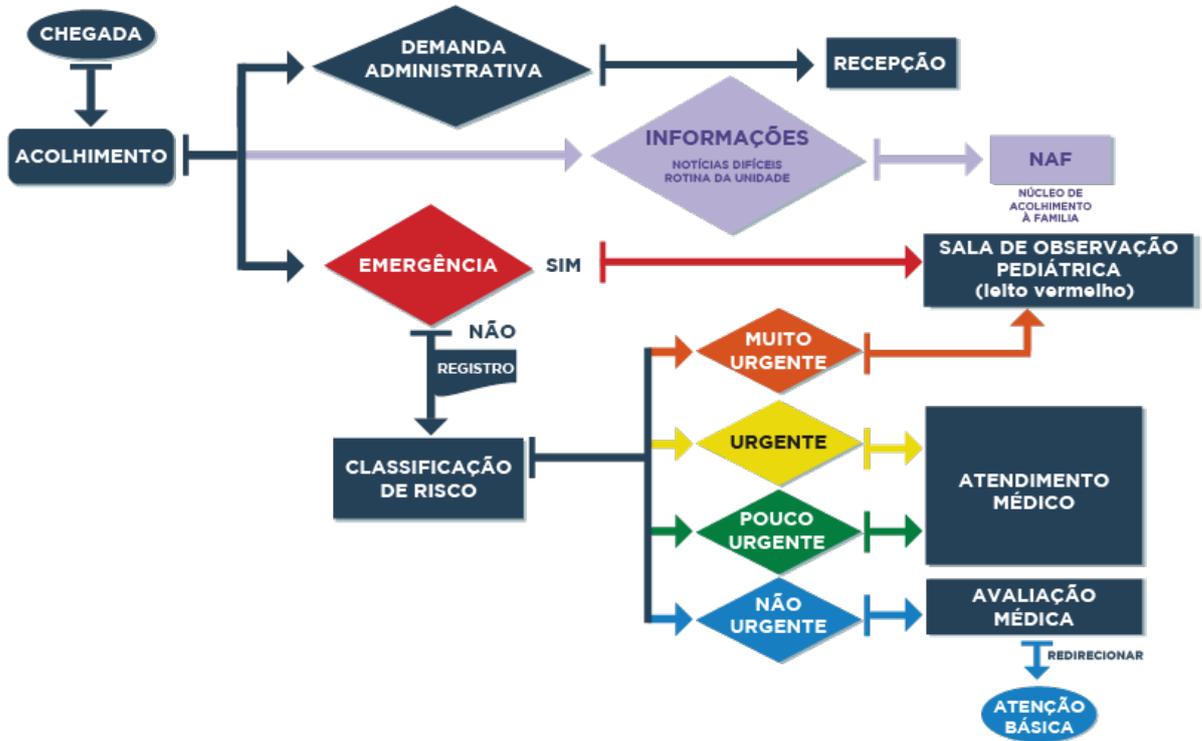


FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO UPA - AMBULÂNCIA

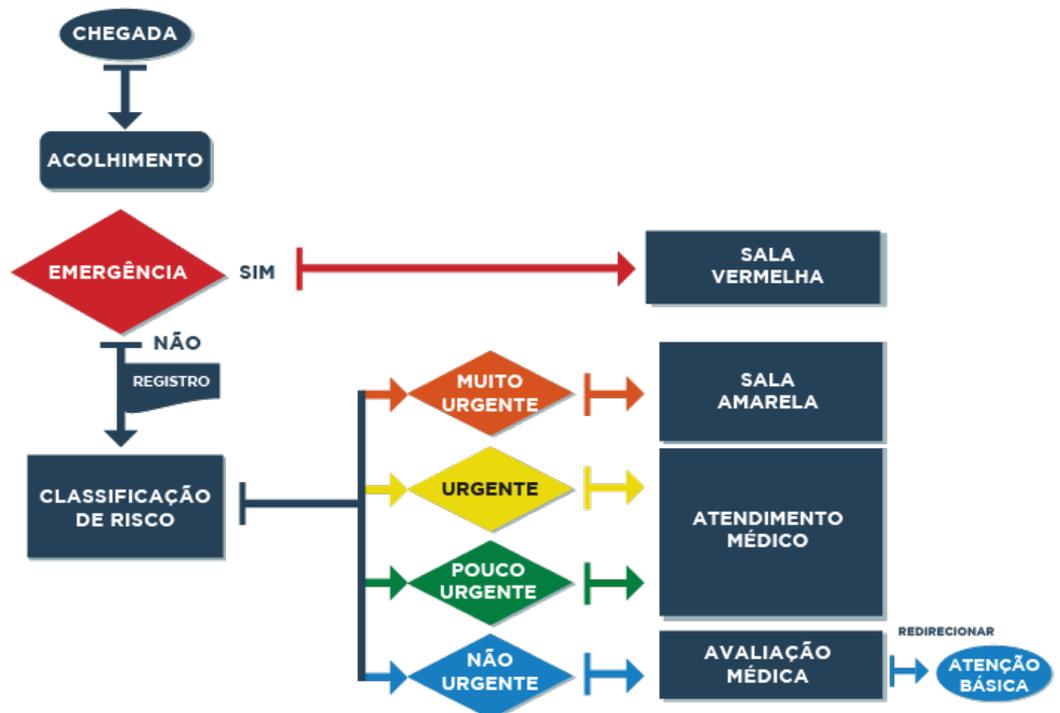


Fluxograma de Atendimento Pediátrico em Unidades Hospitalares/UPA

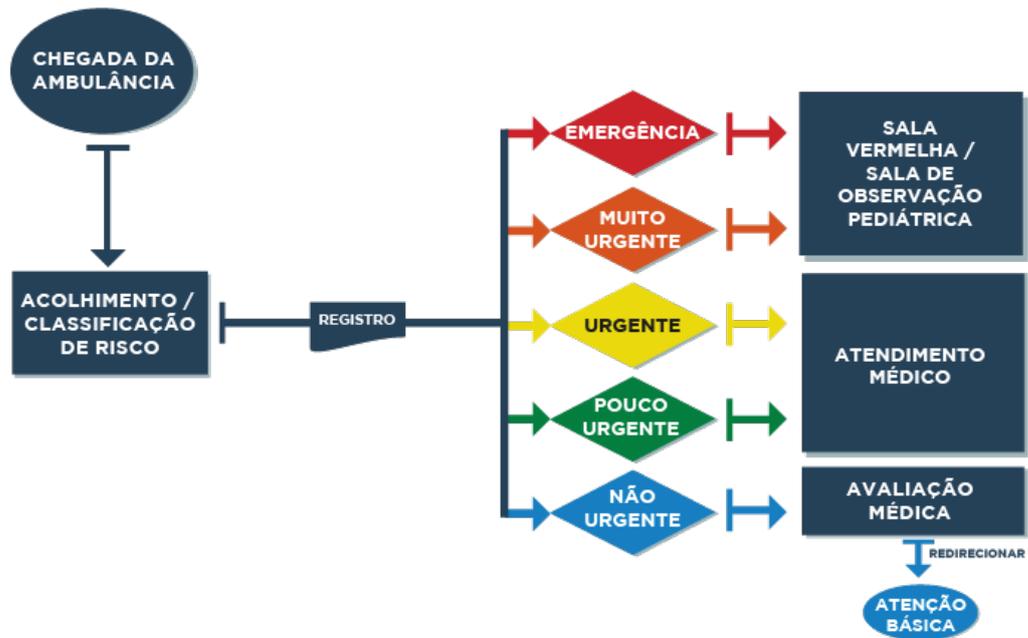
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PEDIÁTRICO



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO UPA PEDIÁTRICA E MISTA



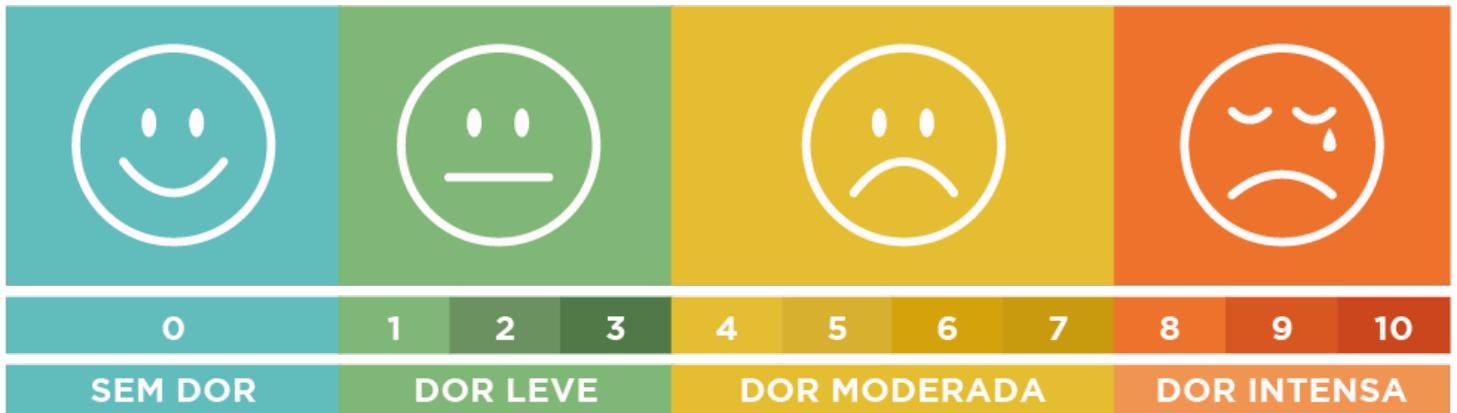
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PEDIÁTRICO - AMBULÂNCIA



**Fluxograma de Atendimento
às Vítimas de Violência em
Unidades Hospitalares**

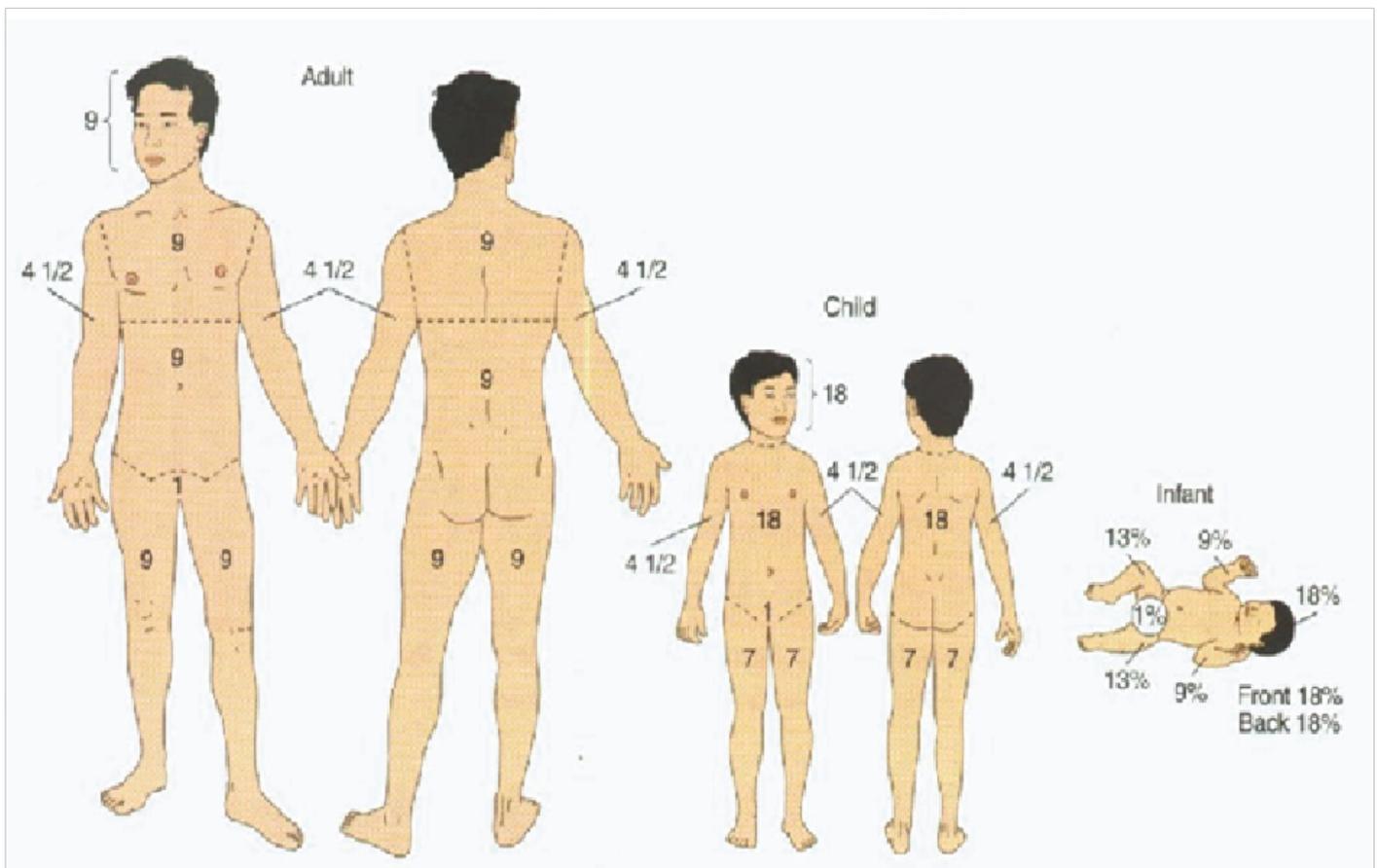
Ferramentas para Avaliação da Enfermagem

Escala Numérica e Visual de Dor



Fonte: Carvalho,2006. Adaptado SES/RJ 2021

Classificação de Superfície Corporal Queimada



Fonte: <http://www.ufrj.br/institutos/it/de/acidentes/queima.htm>

Escala de Coma de Glasgow

Abertura ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a factor local	✓	Não testável	NT

Resposta Verbal

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Factor que interfere com a comunicação	✓	Não testável	NT

Melhor Resposta Motora

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	✓	Não testável	NT

Fonte: <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>



VERIFIQUE

Fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões



OBSERVE

A abertura ocular, o conteúdo do discurso e os movimentos dos hemisférios direito e esquerdo



ESTIMULE

Estimulação sonora: ordem em tom de voz normal ou em voz alta
Estimulação física: pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária



PONTUE

De acordo com a melhor resposta observada

Encaminhamento para a Unidade de Pronto Atendimento - UPA24h

Baseando-se no protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco da SES-RJ, este usuário foi classificado na cor **VERDE** e, portanto, segue encaminhado para atendimento à Unidade de pronto atendimento (UPA 24h) para transferência do cuidado.

Data do atendimento:	
Nome completo:	
Número do cartão do SUS:	
Data de nascimento:	
Endereço:	
Bairro:	Município:
Telefone:	
Queixa principal:	
Sinais vitais e aferições de apoio	
PA: ____/____ mmHg FR: ____ irpm FC: ____ bpm Tax: ____ °C	
SatO2: ____% HGT: ____ mg/dL	
Avaliação médica/Condutas	
Exames complementares	
CID 11 principal:	
Nome da Unidade de pronto atendimento (UPA 24h)	
Localização	

Assinatura e carimbo do profissional

Encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde

Baseando-se no protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco da SES-RJ, este usuário foi classificado na cor **AZUL** e, portanto, segue encaminhado para atendimento à Unidade de Atenção primária para transferência do cuidado.

Data do atendimento:	
Nome completo:	
Número do cartão do SUS:	
Data de nascimento:	
Endereço:	
Bairro:	Município:
Telefone:	
Queixa principal:	
Sinais vitais e aferições de apoio	
PA: ____/____ mmHg FR: ____ irpm FC: ____ bpm Tax: ____ °C	
SatO2: ____% HGT: ____ mg/dL	
Avaliação médica/Condutas	
Exames complementares	
CID 11 principal:	
Nome da Unidade de Atenção primária	
Localização	

Assinatura e carimbo do profissional



*Manual para organização
das unidades de Urgência e Emergência
em conformidade com o dispositivo*

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ELABORAÇÃO:

Assessoria Técnica de Humanização SES-RJ
Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

Carmen Andrea, Gisele Vasques, Humberto Santos, Jaime Mattos,
Jaqueline Freitas, Kátia A. Rodrigues, Rafael G. Fornerolli.

É PROIBIDA A REPRODUÇÃO DESTES MATERIAIS



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

