



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**  
**Faculdade de Medicina de Botucatu**

**Kelviani Ludmila dos Santos Almeida**

**PERFIL DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
E FERRAMENTAS EDUCATIVAS RELATIVAS AO ACOLHIMENTO COM  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**Botucatu**

**2018**

**Kelviani Ludmila dos Santos Almeida**

**PERFIL DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
E FERRAMENTAS EDUCATIVAS RELATIVAS AO ACOLHIMENTO COM  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvana Andrea Molina Lima.

**Co-orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmen Maria Casquel Monti Juliani.

Botucatu

2018

## FICHA CATALOGRAFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Almeida, Kelviani Ludmila dos Santos.

Perfil de uma unidade de pronto atendimento e ferramentas educativas relativas ao acolhimento com classificação de risco / Kelviani Ludmila dos Santos Almeida. - Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu  
Orientador: Silvana Andrea Molina Lima  
Coorientador: Carmen Maria Casquel Monti Juliani  
Capes: 40400000

1. Serviços médicos de emergência. 2. Enfermagem. 3. Enfermagem em saúde pública. 4. Triagem. 5. Acolhimento. 6. Pacientes - Educação.

Palavras-chave: Acolhimento; Emergências; Enfermagem; Serviços Médicos de Emergência; Triagem.

**Kelviani Ludmila dos Santos Almeida**

**PERFIL DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
E FERRAMENTAS EDUCATIVAS RELATIVAS AO ACOLHIMENTO COM  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvana Andrea Molina Lima.

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmen Maria Casquel Monti Juliani.

Comissão Examinadora

---

Prof.

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Unesp

---

Profa.

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Unesp

---

Profa.

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Unesp

---

Profa.

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Unesp

**BOTUCATU**

**2018**

## *DEDICATÓRIA*

*A minha amada avó Luzia Aparecida de Almeida (in memoriam), por toda a dedicação com que sempre acompanhou meus passos e me ensinou a arte de cuidar; por toda sua generosidade, simplicidade e humildade com as quais criou filhos e netos e se fez presente em suas vidas.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço em primeiro lugar a DEUS que iluminou meu caminho durante esta jornada.*

*A minha querida família, por todo o apoio. Ao meu amado noivo Gabriel Fogaça de Almeida, pela paciência, pelo companheirismo e pelo amor a mim dedicado.*

*Aos meus irmãos, Yuri e Rebeca, que nos momentos de minha ausência sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.*

*Aos amigos, em especial a Ana Paula Lagisck por sempre ouvir e acolher minhas dificuldades, angústias e alegrias. A você minha sincera e eterna amizade.*

*À equipe de trabalho da Unidade de Pronto Atendimento de Itapeva, vocês foram motivação para a realização deste estudo, são mais que merecedores de toda gratidão!*

*O meu mais profundo agradecimento à Professora Doutora Carmen Maria Casquel Monti Juliani, pela orientação deste trabalho, por acreditar e contribuir para sua realização, pela disponibilidade e carinho.*

*À Professora Doutora Silvana Andrea Molina Lima, por sua contribuição e acolhimento, minha mais profunda gratidão.*

*Aos profissionais do Núcleo de Educação à Distância e Tecnologias da Informação em Saúde (NEAD-TIS) da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp: Ana Silvia, Denise Zornoff, Jean Carlos Possidônio da Silva e Ana Paula Rodrigues de Andrade, por todo auxílio e contribuição na realização deste trabalho.*

*Ao meu filho Arthur, que está por vir, pois mesmo antes de nascer já me ensinou um pouco mais sobre a vida.*

*Aos professores, funcionários e colegas da pós-graduação.*

*Nenhuma batalha é vencida sozinha, portanto agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para minha chegada até aqui, muito obrigada!*

*A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade.*

*Paulo Freire*

Almeida KLS. Perfil de uma Unidade de Pronto Atendimento e Ferramentas Educativas Relativas ao Acolhimento com Classificação de Risco. [Dissertação] Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2018.

## RESUMO

**Introdução.** Em todo o mundo, nos últimos anos, percebeu-se um aumento significativo da procura de atendimento nos serviços de urgência e emergência, essa demanda está atrelada ao aumento das estatísticas de acidentes automobilísticos, da violência e a procura para cuidados não urgentes. A superlotação desses serviços é algo preocupante, uma vez que compromete a segurança dos pacientes envolvendo elevado tempo de espera, a classificação de risco, a educação do paciente e da equipe em relação a finalidade desse atendimento surgem como métodos de organização do fluxo. **Objetivo.** Identificar o perfil da demanda atendida na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Itapeva, considerando a classificação de risco, e desenvolver material educativo digital a partir do perfil caracterizado. **Método.** O estudo foi realizado em 3 etapas, a primeira consistiu em uma revisão integrativa da literatura, que teve por objetivo conhecer o motivo da busca por atendimento da demanda não urgente, esta resultou em uma amostra de 8 estudos a partir da busca nas bases de dados: Biblioteca virtual em saúde (BVS), Web of Science, Embase, PubMed, Scopus e Cinahal. A etapa seguinte consistiu em um estudo quantitativo, transversal e descritivo que teve intuito de analisar o perfil de atendimentos da UPA do município de Itapeva. Quanto à amostragem, foi realizado cálculo estatístico para o tamanho amostral, considerando 95% de confiança e uma margem de erro de 5%, sendo recomendada amostra com n de 370 pacientes. A coleta de dados ocorreu através de acesso aos prontuários físicos localizados no setor de arquivo, no período de março a junho de 2017, referentes aos pacientes atendidos de janeiro a abril de 2017. A última etapa correspondeu a um estudo de desenvolvimento tecnológico com o objetivo de elaborar um material digital para educação em saúde, tanto para profissionais quanto para pacientes. O desenvolvimento foi realizado com o apoio do Núcleo de Educação a Distância Tecnologia e Informação em Saúde da FMB- UNESP. **Resultados e discussão.** A revisão integrativa evidenciou que a demanda não urgente procura atendimento pela facilidade de acesso e pela tecnologia que o serviço de urgência e emergência oferece. A análise da demanda atendida na UPA de Itapeva foi capaz de mostrar que quase 80% dos atendimentos tratavam de demanda não urgente, com queixas não recentes, e apenas aproximadamente 2%



da amostra necessitou ser removida para o hospital de referência do município, o que apresenta a alta resolubilidade das unidades de pronto atendimento. Uma limitação do estudo foi a insuficiente capacitação do profissional enfermeiro para exercer atividade do acolhimento com classificação de risco. Foi necessário, portanto, elaborar estratégias que pudessem contribuir com essa necessidade da unidade, assim como colaborar com a educação dos pacientes para o uso do pronto atendimento. Esses levantamentos deram subsídios para a criação de dois produtos: um website e um vídeo educativo, o primeiro voltado aos profissionais e o outro voltado para a população. **Conclusão.** A população realiza uso indiscriminado da unidade de pronto atendimento, seja por desconhecimento da sua finalidade ou por conveniência de atendimento. A maior parte dos atendimentos consiste em demanda não urgente, e se faz necessária intervenção, como estratégias de educação em saúde, que possa direcionar a população para o oportuno atendimento, assim como a capacitação profissional, buscando alcançar melhores resultados na assistência.

**Descritores:** Emergências; Serviços Médicos de Emergência; Triagem; Acolhimento; Classificação; Enfermagem.

Almeida KLS. Profile of a Emergency Care Unit and Educational Tools related to Reception with Risk Classification. [Dissertation] Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2018.

## ABSTRACT

**Introduction.** In recent years, there has been a significant increase in the demand for emergency services across the world. This demand is linked to the statistical increase of car accidents, violence and the search for non-urgent care. The overcrowding of these services is somewhat worrisome, since it compromises the safety of patients, involving high waiting time. Risk classification, patient and team education on the purposes of such services arise as methods of flow organization. **Objective.** Identify the profile of the demand served by the Itapeva Emergency Care Unit (UPA), considering the risk classification, and to develop digital educational material based on the characterized profile. **Method.** The study was carried out in 3 stages. The first consisted of an integrative review of the literature, which aimed to know the reasons involving the search for non-urgent care. It resulted in a sample of 8 studies taken from the database: Virtual Health Library (VHL), Web of Science, Embase, PubMed, Scopus and Cinahal. The next step consisted of a quantitative, cross-sectional and descriptive study which aimed to analyze the care profile of the UPA in the city of Itapeva. As for sampling, a statistical calculation was performed for the sample size, considering 95% confidence, a margin of error of 5%, and a sample with n corresponding to 370 patients. Data collection was taken from physical files located in its archive sector, from March to June 2017, referring to the patients attended from January to April 2017. The last step corresponded to a technological development study with aiming to develop digital material for health education for both professionals and patients. The development was carried out with the support of the Nucleus of Distance Education Technology and Information in Health of FMB- UNESP. **Results and discussion.** The integrative review showed that non-urgent demand seeks care due to the ease of access and the technology offered by the emergency service. The demand analysis at Itapeva’s UPA showed that almost 80% of the cases dealt with non-urgent demands, with no recent complaints, and only approximately 2% of the cases analysed needed to be sent to the reference hospital in the municipality, which demonstrates the high resolubility of the immediate care units services. One limitation of the study was the insufficient training of nurses to carry out host activity with risk

classification. It was therefore necessary to devise strategies which could contribute to that necessity, as well as collaborate with the education of patients regarding the use of immediate care. Those surveys provided support for the creation of two products: a website and an educational video, the first aimed at professionals and the second aimed at the population. **Conclusion.** The population makes indiscriminate use of the immediate care service, either for lack of knowledge of its purpose or for convenience of service. The majority of the visits consisted of non-urgent demand, which requires intervention such as health education strategies which can direct the population to the appropriate service, as well as professional qualification, seeking to achieve better results in care.

**Keywords:** Emergencies; Emergency Medical Services; Screening; Reception; Ranking; Nursing.

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1.</b> Distribuição de estudos selecionados segundo o país de origem	38
<b>Tabela 2.</b> Categorização dos motivos de busca pela demanda não urgente do serviço de urgência e emergência	42
<b>Tabela 3.</b> Distribuição amostral em função de sexo e idade. Itapeva, 2017	44
<b>Tabela 4.</b> Associações entre tempo da abertura da ficha (AF) até a realização do acolhimento com classificação de risco (ACCR). Tempo decorrido do ACCR até a realização da primeira medicação e tempo total entre AF e realização da primeira medicação	45
<b>Tabela 5.</b> Tempo para início da intervenção de acordo com a cor da classificação de risco. Itapeva, 2017.	46
<b>Tabela 6.</b> Distribuição das queixas mais frequentes relacionadas a hipertensão arterial sistêmica (HAS), cardiopatia e diabetes mellitus. Itapeva, 2017	47
<b>Tabela 7.</b> Perfil da demanda não urgente e urgente	48
<b>Tabela 8.</b> Representação de acordo com a classificação de risco dos pacientes encaminhados para a Santa Casa, UBS ou que tiveram outros encaminhamentos. Itapeva, 2017	49

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Resultados apresentados em etapas de acordo com os objetivos e métodos propostos 37
- Quadro 2.** Título, ano, tipo de estudo e objetivo de estudo dos artigos selecionados de 2013 a 2017 nas bases de dados BVS, Web of Science, Cinahl, Scopus e Pubmed, evidenciando os motivos de busca do serviço de urgência e emergência pela demanda não urgente 39

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Fluxograma de constituição da amostra	27
<b>Figura 2.</b> Organograma dos serviços de saúde disponíveis no município	29
<b>Figura 3.</b> Fluxograma de como é realizado o atendimento na UPA de Itapeva	31
<b>Figura 4.</b> Momentos do vídeo PowToon	52
<b>Figura 5.</b> Apresentação do website	56
<b>Figura 6.</b> Protocolo de ACCR	60
<b>Figura 7.</b> Anexos	72
<b>Figura 8.</b> Autoria	73
<b>Figura 9.</b> Classificar	73
<b>Figura 10.</b> Fluxograma de trauma e acidentes com animais peçonhentos	74
<b>Figura 11.</b> Fluxograma de queixas circulatórias e respiratórias	76
<b>Figura 12.</b> Fluxograma de queixas gastrointestinais e envenenamentos	78
<b>Figura 13.</b> Fluxograma de queixas renais, geniturinários e DST's	80
<b>Figura 14.</b> Fluxograma de alterações neurológicas e de comportamento	82
<b>Figura 15.</b> Fluxogram de alterações metabólicas	84
<b>Figura 16.</b> Fluxograma de queixas tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticos	87
<b>Figura 17.</b> Fluxograma de queixas odontológicas, oculares e otológicas	89

## LISTA DE SIGLAS

Aids-Acquired Immunodeficiency Syndrome  
ACCR-Acolhimento Com Classificação De Risco  
AF-Abertura da ficha  
AME-Ambulatório Médico de Especialidades  
APS- Atenção primária à saúde  
ATS-Australasian Triage Scale  
BVS-Biblioteca Virtual em Saúde  
CAPS-Centro de Atenção Psicossocial  
CEO-Centro de Especialidades Odontológicas  
Cerest-Centro de Referência em Saúde do Trabalhador  
DRS-Departamento Regional de Saúde  
DST-Doenças Sexualmente Transmissíveis  
ESF-Estratégia Saúde da Família  
IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MS-Ministério da Saúde  
MTS-Manchester Triage System  
NASF-Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
NEAD.TIS-Núcleo de Educação a Distância e Tecnologia de Informação em Saúde  
PNH-Política Nacional De Humanização  
RAS-Redes de atenção à saúde  
RRAS-Redes Regionais de Atenção à Saúde  
RUE-Rede de Urgência e Emergência  
SAE-Serviço de Atendimento Especializado  
Samu-Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SUS-Sistema Único De Saúde  
UBS's-Unidades Básicas de Saúde  
Unesp-Universidade Estadual Paulista  
UPA-Unidades de Pronto Atendimento  
UTI-Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b> .....	17
<b>2. INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	24
3.1 Objetivo geral.....	24
3.2. Objetivos específicos .....	24
<b>4. MÉTODO</b> .....	25
4.1 Delineamento do estudo.....	25
4.2 Etapa 1 – Revisão integrativa de literatura .....	25
4.2.1 Delineamento do estudo .....	25
4.2.2 Questão norteadora.....	25
4.2.3 Busca e estratégia da localização dos artigos .....	25
4.2.4 Critérios de inclusão e exclusão .....	26
4.2.5 Coleta de dados e categorização dos estudos. ....	26
4.3 Etapa 2 – Estudo quantitativo, transversal e descritivo .....	28
4.3.1 Local do estudo .....	28
4.3.2 População do estudo.....	32
4.3.4 Cálculo amostral.....	32
4.3.5 Procedimento de coleta de dados. ....	32
4.3.6 Variáveis analisadas .....	32
4.3.7 Procedimentos éticos.....	33
4.3.8 Análise dos dados.....	34
4.4 Etapa 3 – Estudo de desenvolvimento tecnológico em relação aos produtos desenvolvidos.....	34
4.4.1 Delineamento do estudo .....	34
4.4.2 Local do estudo .....	34
4.4.3 Etapas do desenvolvimento de um projeto.....	34
4.4.4 Análise e planejamento .....	35
4.4.5 Modelagem.....	35
4.4.6 Implementação .....	35
4.4.7 Avaliação e manutenção.....	35
4.4.8 Distribuição .....	36



<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	37
Analisar o perfil de atendimentos em uma unidade de pronto atendimento – UPA municipal.....	37
Estudo quantitativo, transversal e descritivo.....	37
5.1 Resultados da etapa 1.....	38
5.2 Resultados da etapa 2.....	44
5.3 Resultados da etapa 3.....	50
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	92
<b>7. REFERÊNCIAS</b> .....	93
<b>APÊNDICE A.</b> Instrumento para análise dos artigos.....	97
<b>APÊNDICE B.</b> Instrumento de coleta de dados.....	98
<b>ANEXO 1.</b> Parecer consubstanciado do CEP.....	100
<b>ANEXO 2.</b> Contato via e-mail com consultora técnica da PHN, evidenciando indicação do protocolo desenvolvido no estado de Tocantins.....	104
<b>ANEXO 3.</b> Ofício encaminhado ao secretário municipal de Saúde de Tocantins solicitando formalmente o uso do Protocolo Único de Classificação de Risco na Rede de Urgências e Emergências do estado do Tocantins.....	106
<b>ANEXO 4.</b> Manifestação do colegiado estadual gestor de acolhimento e classificação de risco de Tocantins.....	107
<b>ANEXO 5.</b> Protocolo único de classificação de risco na rede de urgência e emergência do estado de Tocantins .....	109

## 1. APRESENTAÇÃO

O mestrado na modalidade profissional tem como intenção a aplicação do conhecimento voltado para o campo de atuação do discente como proposta à melhoria no trabalho, sendo assim um ganho mútuo.

A motivação deste trabalho partiu da necessidade de melhoraria no atendimento da UPA de Itapeva interior de São Paulo, onde atualmente desempenho minhas atividades como enfermeira.

Uma das grandes adversidades do trabalho na UPA é a elevada demanda que a unidade atende diariamente. A unidade foi inaugurada em junho de 2013 e planejada para atender uma média de 150 pacientes ao dia. Anterior a ela, o único local de atendimento ininterrupto no município era o pronto-socorro da Santa Casa de Itapeva.

Desde sua inauguração, a unidade vem enfrentando problemas com a superlotação. O acolhimento com classificação de risco foi inserido desde sua abertura, sempre com o intuito de priorizar o atendimento dos casos mais graves em meio à grande demanda. Para a introdução do protocolo que atualmente é utilizado, dois enfermeiros do serviço passaram um período médio de duas horas observando como era realizada a classificação de risco da Santa Casa e replicaram esse conhecimento para a equipe, não havendo um treinamento formal para essa atividade.

O protocolo atualmente utilizado é de quatro cores de classificação, contendo as cores: vermelho, com atendimento imediato na sala de emergência; amarelo, que condiz com a espera de até uma hora para atendimento; verde, no qual o paciente pode aguardar até duas horas; e azul, que significa que o paciente pode esperar até quatro horas para atendimento. As duas últimas cores de classificação de risco referem-se a demanda não urgente e são a maioria dos casos neste serviço.

Há uma queixa dos profissionais de que esse modelo de classificação não tem sido suficiente para atender toda demanda, ao passo que ou o paciente é atendido imediatamente ou pode aguardar até uma hora para receber os primeiros cuidados, fazendo-se necessário o uso de um protocolo de cinco cores. Foi sugerida uma classificação intermediária às cores vermelha e amarela, o que traria maior segurança para o profissional que utiliza essa ferramenta, sugestão esta colocada pelo Ministério da Saúde na visita de requalificação da unidade.

Na busca na literatura, percebemos que não temos disponível um protocolo de classificação de risco de cinco cores de forma acessível e gratuita, para que municípios com poucos recursos também aperfeiçoem o trabalho.

A trajetória para a construção do produto partiu da tentativa da concessão do protocolo de Manchester de forma gratuita para uso acadêmico. Como esta não foi autorizada, seguimos para a busca de outro protocolo de classificação de risco que abrangesse as carências dos serviços no sentido de ter uma ferramenta que pudesse fundamentar a teoria e a prática do acolhimento com classificação de risco.

Em contato com a equipe da política nacional de humanização (PNH) do Ministério da Saúde, foi indicado um protocolo que estava em construção no estado de Tocantins, juntamente com o grupo de classificação de risco do estado e uma das apoiadoras do Ministério, Enfermeira Marilene Wagner.

Atendendo ao nosso pedido, a referida enfermeira foi convidada a participar de uma reunião do Grupo de Pesquisa “Estudos sobre gerenciamento em saúde e enfermagem” na Unesp em Botucatu. Nessa oportunidade, ela nos apresentou o protocolo e as oficinas realizadas em Tocantins, e também explanou sobre sua trajetória profissional e a construção desse instrumento.

Posteriormente, por intermédio da apoiadora da PNH, fizemos uma reunião via Skype com alguns representantes do colegiado do estado de Tocantins para formalizarmos o uso do protocolo por eles elaborado, como referência neste projeto.

Percebemos que, além da necessidade de melhoria do protocolo e a capacitação dos profissionais que o utilizam, paralelamente é necessário orientar a população que utiliza o serviço quanto ao seu funcionamento. Portanto, idealizou-se a construção de um vídeo usando o aplicativo *PowToon* a ser disponibilizado na sala de recepção da UPA. O tutorial orientaria sobre a forma que a classificação é realizada na unidade, no que tange à priorização dos pacientes.

Compreendemos que, como a grande demanda da unidade tem origem multifatorial, a inserção de um novo protocolo e a orientação do paciente quanto ao funcionamento do serviço são medidas que podem auxiliar na orientação do fluxo e na diminuição dos conflitos gerados pela superlotação, além de ampliar a qualidade da classificação de risco.

Os produtos deste trabalho poderão contribuir para melhorias em serviços de saúde graças à divulgação de uma ferramenta que pode auxiliar no processo de trabalho das unidades de pronto atendimento.

## 2. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde –SUS foi idealizado pela Constituição Federal de 1988 e regulado pela lei 8080, que garante acesso integral, universal e igualitário à toda população brasileira, sendo efetivada a saúde como um dever do Estado e direito de todos. A lei 8080 foi regulamentada pelo decreto 7508/2013. Existe uma união de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde executados por entes federativos, com a participação complementar da iniciativa privada; assim, o SUS é organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, com atuação em todo o território nacional, de direção única em cada esfera de governo<sup>1-3</sup>.

O acesso igualitário, universal e ordenado às ações e aos serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS, sendo estas a atenção primária, atenção psicossocial, atenção especiais de acesso aberto e atenção às urgências e emergências, as quais se completam na rede regionalizada e hierarquizada<sup>3</sup>.

Desde sua criação, o SUS alcançou avanços notáveis no que tange à ampliação de cobertura de saúde para a população, diminuição de mortalidade infantil, melhora do calendário vacinal, criação de programas de saúde, aumento dos serviços de urgência e emergência, entre outros ganhos que são exemplos até mesmo para países de primeiro mundo, como é o caso do programa de transplante de órgãos e o programa DST/Aids<sup>4</sup>.

Apesar de tantos avanços, ainda vivemos com numerosos problemas de saúde pública, doenças parasitárias, crescimento das doenças cerebrovasculares, causas evitáveis da mortalidade infantil e lotação dos serviços de urgência e emergência. A fragmentação da assistência ainda é um obstáculo que dificulta a qualificação da gestão do cuidado e contribui para a piora desse cenário<sup>5</sup>.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são estratégias para assegurar a continuidade do cuidado em saúde, são um conjunto de serviços com objetivos e missão em comum de ofertar atendimento integral, contínuo, efetivo e eficiente, que supere a fragmentação das ações dentro do sistema. Essas redes são interdependentes com relação horizontal, nas quais todos os pontos de atenção à saúde são importantes, sejam eles primários, secundários ou terciários. Elas são constituídas de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde<sup>5,6</sup>.

Com a intenção de atingir os objetivos propostos, três áreas da saúde integram essas redes: a atenção primária, os serviços de especialidades (hospitais e ambulatórios) e o atendimento de urgência e emergência<sup>5</sup>.

As Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA's) são componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e estão inseridas nas RAS. Elas têm por finalidade de ação intermediária entre a atenção primária a saúde (APS) e a atenção hospitalar, sendo designadas a dar suporte aos casos agudos que ultrapassem a capacidade de atendimento da APS, além do intuito de diminuir o afluxo nos prontos-socorros hospitalares<sup>7</sup>.

O atendimento às urgências se dá predominantemente nos serviços destinados a esta finalidade, ou seja, nos prontos-socorros ou no pronto atendimento. Estes, além de prestarem assistência às urgências e emergências, estão frequentemente absorvendo a demanda não urgente; por terem seu funcionamento 24 horas do dia, os prontos-socorros acabam por se tornar porta de entrada do serviço de saúde, sendo diversas vezes utilizados de forma equivocada pelo usuário<sup>8</sup>.

Mundialmente, nos últimos anos, percebeu-se um aumento significativo da procura de atendimento nos serviços de urgência e emergência. Essa superlotação está atrelada ao aumento das estatísticas de acidentes automobilísticos, da violência e à procura desse serviço para cuidados não urgentes, sendo que muitos dos pacientes poderiam ser atendidos nas unidades bem ambulatórios de especialidades<sup>9,10</sup>.

Independente dos grandes esforços para a melhoria, o setor de urgência e emergência encontra-se num cenário caótico, e, por se tratar de demanda espontânea, ainda há uma dificuldade de organização dos fluxos e no atendimento da demanda não urgente, sendo este o principal fator que reforça a necessidade de melhoria no conjunto do sistema de saúde.

Por esse setor ser alvo de grande procura e, portanto, de queixas, frequentemente tem sido objeto de estudos na tentativa de diagnosticar e implementar ações que possam auxiliar na melhoria. Um estudo realizado no interior do estado de São Paulo levantou os motivos pelos quais os usuários procuravam o pronto-socorro local. Eles alegavam ser uma opção de atendimento, devido à baixa resolubilidade da APS, à tecnologia disponível no local, à agilidade no atendimento, à realização de exames, à destreza nos encaminhamentos e às experiências anteriores vividas por familiares<sup>11,12</sup>. Outro estudo feito em São Paulo, capital, revelou que 70% da demanda que busca atendimento em unidade de urgência e emergência teve classificação verde, ou seja, não urgente, e que a grande procura se deve à facilidade de acesso a esses serviços<sup>13</sup>. Outros dois estudos

brasileiros realizados em UPA's evidenciaram a grande procura por queixas que poderiam ser resolvidas na APS<sup>14,15</sup>.

A cultura advinda do modelo de saúde precedente ao SUS, com abordagem curativa e hospitalocêntrica ainda perpetua na sociedade. Dessa forma, a população procura um pronto atendimento para satisfazer sua necessidade de forma centralizada e rápida, independente da gravidade do problema. Pode-se perceber que além do pronto atendimento ser utilizado como porta de entrada ao serviço de saúde, o usuário procura serviços resolutivos ainda que estes não propiciem continuidade do cuidado.

Outros estudos apontam que o uso do serviço de urgência e emergência em sua maioria é realizado por queixas de baixa complexidade. Nesses casos, o fator cultural de imediatismo e confiança em um atendimento de emergência se funde com a questão de demanda não urgente, situação essa que corrobora com os achados na literatura<sup>11,12,16</sup>.

O uso indiscriminado do serviço e a superlotação afetam a qualidade da assistência prestada ao paciente, elevando o tempo de espera e podendo resultar em agravo do quadro clínico de pacientes críticos<sup>8</sup>. A falta de adequação no fluxo de direcionamento desses pacientes também é uma condição que favorece a superlotação<sup>9,10</sup>.

Nessa perspectiva, as unidades de atendimento as urgências e emergências têm trabalhado com demanda superior à sua capacidade, muitas vezes por atenderem queixas que podem ser solucionadas na APS, o que faz com que a organização e responsabilidade de cada nível seja motivo de discussão<sup>17</sup>.

Além de afetar diretamente o paciente, os profissionais também sofrem consequências dessa demanda elevada, gerando sobrecarga, estresse profissional e dificuldade de gerenciamento dos insumos e medicamentos. Um estudo qualitativo realizado em uma UPA no centro-oeste mineiro traz o sentimento dos enfermeiros que ali trabalham, os quais expressam a impotência diante da grande demanda e a fala de que 80 a 90% dos pacientes poderiam ser atendidos em UBS's, pois suas queixas não são urgentes ou recentes<sup>18</sup>.

Uma das estratégias que tem sido adotada para auxílio da organização dessa elevada demanda é o acolhimento com classificação de risco, já que a não distinção dos riscos compromete a segurança do paciente, com possibilidade de agravo em alguns casos, podendo levar até mesmo a morte<sup>19</sup>.

A cartilha da política nacional de humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde em 2004, aponta o acolhimento com classificação de risco (ACCR) como método que permite mudar os modos como se opera a assistência nos serviços de urgência e

emergência. Essa referência determina como fundamental a prioridade dos usuários que se encontram em maior risco clínico, construindo um fluxo de atendimento que não seja por ordem de chegada<sup>20</sup>.

A primeira iniciativa de padronização de um sistema de triagem de urgência originou-se na Austrália e foi chamado de Australasian Triage Scale (ATS), no ano de 1980. Na década seguinte, surgiram os principais sistemas de triagem utilizados até as datas atuais<sup>21</sup>. Um desses sistemas, difundido mundialmente, é o Manchester (Manchester Triage System –MTS), que teve início em 1994 com o intuito de criar uma ferramenta de triagem capaz de ser auditável e replicável entre os profissionais. O MTS organiza os pacientes em ordem de prioridade, para garantir um tempo de espera seguro de acordo com a queixa. Ele alberga 52 fluxogramas que caracterizam a queixa do paciente, sendo que cada fluxograma é baseado em cinco passos representados pelas cores de classificação, as quais determinam o nível de urgência e o tempo de espera a ser seguido. As cores e os tempos de esperas são: vermelho= atendimento imediato pelo médico; laranja= 10 minutos; amarelo=60 minutos; verde= 120 minutos; e azul correspondendo a 240 minutos<sup>21</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde sugere um sistema com denominação de acolhimento com classificação de risco por julgar que a denominação triagem torna-se uma prática de exclusão social, à medida que escolhe quem passa em atendimento, sendo apenas um conjunto de processos administrativos e de encaminhamentos que, se adotado isoladamente do acolhimento, torna-se uma atividade pontual e descomprometida com a necessidade do paciente, ao passo que o acolhimento com classificação de risco envolve uma postura ética e acolhedora, com compromisso de dar respostas às necessidades do paciente, incluindo a capacidade de avaliar riscos<sup>19</sup>.

Há um consenso entre os profissionais de que a educação em saúde voltada para a real necessidade de se usar o serviço de urgência e emergência pode contribuir para a melhora do problema<sup>22,23</sup>.

Outro aspecto relevante quando se aborda os serviços de urgência e emergência, é o perfil sociodemográfico dos usuários; o conhecimento das características populacionais se torna importante para a implementação de ações em saúde<sup>12</sup>.

O levantamento na literatura trouxe que a superlotação nos serviços destinados a atenção às urgências e emergências é um problema mundial. O desenvolvimento de pesquisas a fim de conhecer o perfil da população atendida nesses serviços colabora para o avanço do conhecimento na área, além de subsidiar propostas de melhoria na

organização estrutural e qualidade do atendimento. Esse contexto justifica o desenvolvimento desta pesquisa, que poderá contribuir para a melhoria do serviço ao responder às questões: Quais os fatores de busca de atendimento não urgente em um serviço de urgência e emergência? Qual o perfil de demanda atendida na UPA do município de Itapeva? Como se dá a classificação de risco? Qual a proporção de demanda não urgente? Que ações educativas podem ser desenvolvidas para melhor orientar equipe e usuários acerca do acolhimento com classificação de risco?



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Identificar o perfil da demanda atendida na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Itapeva, considerando a classificação de risco, e desenvolver material educativo digital para profissionais de saúde e à população a partir do perfil caracterizado.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- ✓ Identificar na literatura os motivos e o perfil dos usuários que procuram o serviço de urgência e emergência por demandas classificadas como não urgentes.
- ✓ Analisar o perfil de atendimentos em uma unidade de pronto atendimento –UPA municipal.
- ✓ Desenvolver uma ação educativa relacionada à classificação de risco voltada para os profissionais da unidade de pronto atendimento e um vídeo educativo para a população assistida, como produtos da dissertação de mestrado a serem disponibilizados em meio eletrônico.

## **4. MÉTODO**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Este estudo utilizou os desenhos de pesquisa transversal, de revisão integrativa de literatura e metodológico para o desenvolvimento tecnológico de produtos a partir dos achados.

### **4.2 Etapa 1 – Revisão integrativa de literatura**

#### 4.2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, a qual apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados nos últimos cinco anos. Esse método de pesquisa permite identificar, avaliar e sintetizar o conhecimento de determinado assunto, tendo como eixo a procura de evidências científicas<sup>24</sup>.

Para a elaboração da revisão integrativa, utilizou-se como referencial teórico os passos descritos no estudo de Mendes et al., o qual propõe seis passos fundamentais: formulação do tema norteador, construção do banco de dados, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, avaliação dos estudos, interpretação e avaliação dos resultados e, por fim, apresentação da revisão<sup>24,25</sup>.

#### 4.2.2 Questão norteadora

Para orientar o estudo, foi elaborada a seguinte questão: Quais os fatores de busca de atendimento não emergente em um serviço de urgência e emergência?

#### 4.2.3 Busca e estratégia da localização dos artigos

Para a estratégia de busca, utilizou-se as bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Web of Science, Embase, PubMed, Scopus e Cinahal. Foram utilizados os descritores do DeCS (Descritores em Ciência da Saúde) e do MeSH (Medical Subject Headings), combinados com operadores booleanos: “emergencies” or “urgências médicas” or “emergências” or “urgência” or “urgências” or “emergência” or “emergency medical

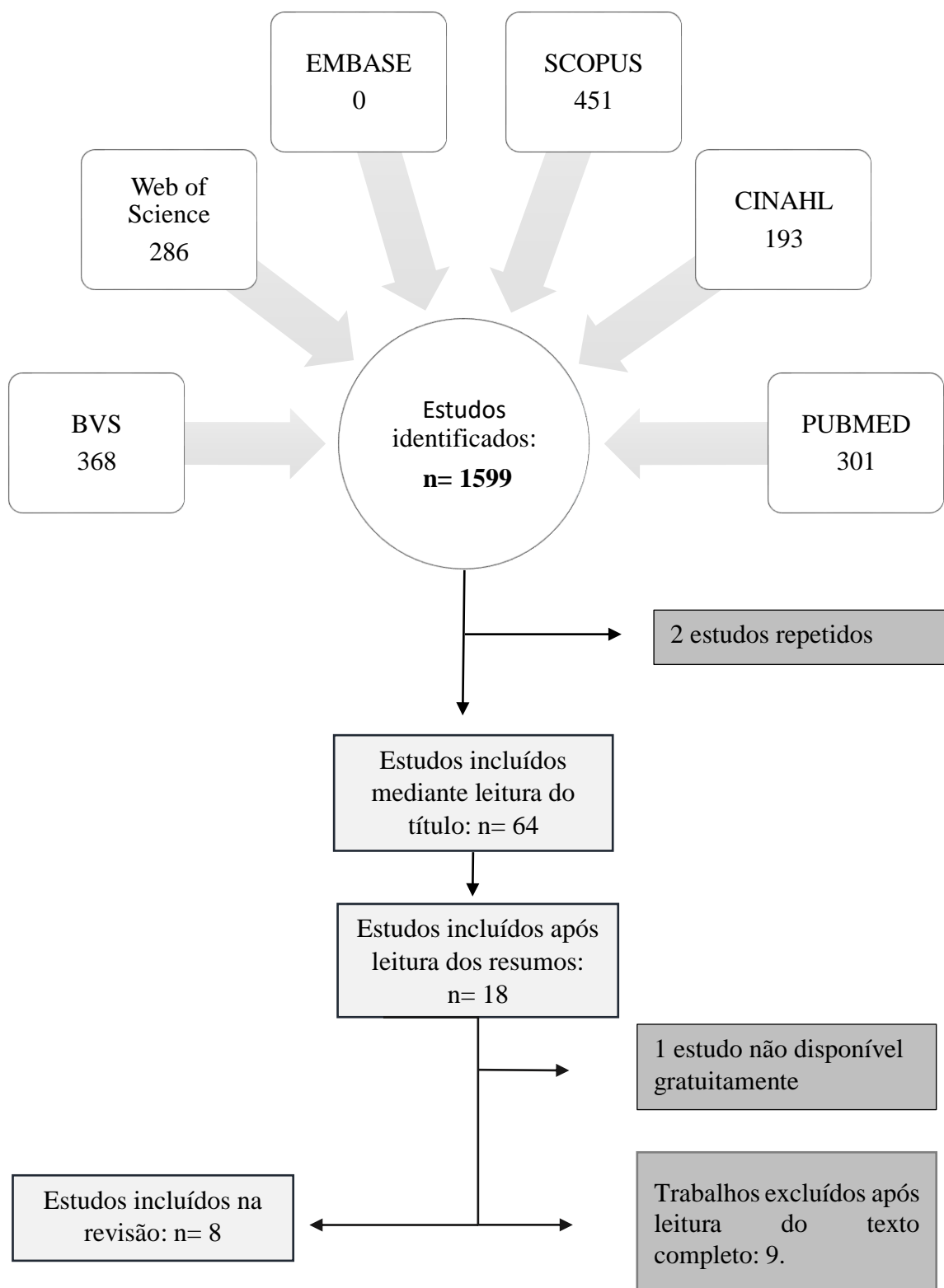
services” or “servicios médicos de urgência” or “serviços médicos de emergência” or “serviços de atendimento de emergência” or “serviços de saúde de emergência” or “centros de emergência” or “atendimento de emergência pré-hospitalar” or “atendimento pré-hospitalar” and “triage” or “triaje” or “triagem” or “triagem de pacientes” or “triagem de demanda” or “user embracement” or “acogimiento” or “acolhimento” or “classification” or “clasificación” or “classificação” and “nursing” or “enfermeira” or “enfermagem”.

#### 4.2.4 Critérios de inclusão e exclusão

Elegeram-se como critérios de inclusão: artigos publicados no período de 2013 a 2017, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, relacionados ao objetivo da pesquisa. Foram excluídos estudos duplicados ou aqueles cujo acesso, na íntegra, ficou impossibilitado (apenas 1 artigo não disponível gratuitamente).

#### 4.2.5 Coleta de dados e categorização dos estudos.

Com o propósito de facilitar a análise dos conteúdos, os artigos foram lidos e categorizados a partir de um instrumento de coleta de dados desenvolvido pela autora (Apêndice A), no qual foram incluídas as informações de cada estudo selecionado, sendo extraídas deles as seguintes variáveis: título, autor, formação dos autores, ano de publicação, país do estudo, periódico, objetivo, tipo de estudo, razões para busca de atendimento em urgência e emergência e conclusão.



**Figura 1.** Fluxograma de constituição da amostra.  
Fonte: Dados da pesquisa.

### 4.3 Etapa 2 – Estudo transversal

#### 4.3.1 Local do estudo

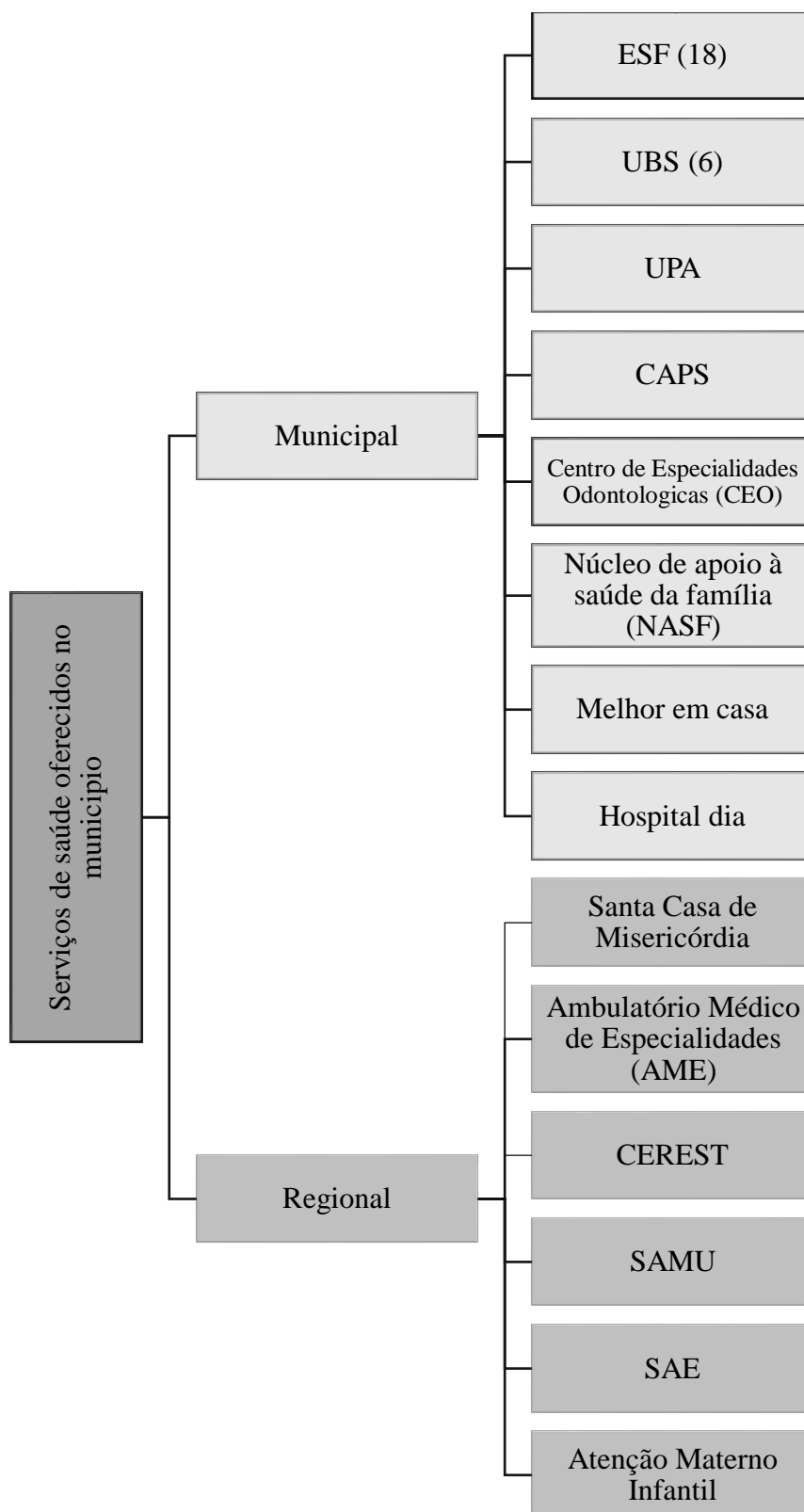
O estudo foi desenvolvido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município de Itapeva, interior do estado de São Paulo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o censo de 2010 tem uma estimativa populacional de 87.753 habitantes<sup>26</sup>. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, o município conta com 23 unidades de saúde, sendo 18 Estratégias Saúde da Família (ESF) e 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS). De janeiro a abril do ano de 2016, essas unidades realizaram uma média de 8.235 consultas, incluindo consultas médicas da APS, consultas de puericultura, consultas pré-natal, consulta domiciliar e atendimento de urgência na APS, além de consulta do trabalhador.

Outros serviços de saúde disponíveis no município são: NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família); Serviço de Atenção Domiciliar Melhor em casa; Hospital Dia; Serviço de Atendimento Especializado (SAE) às doenças infectocontagiosas; Serviço de Atenção Materno Infantil; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Ambulatório Médico de Especialidades (AME); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

O município conta também com uma Santa Casa de Misericórdia, a qual mantém duzentos leitos instalados, entre enfermarias, ala de convênios, apartamentos, UTI Adulto e UTI Neonatal, compreendendo o atendimento à população, aos municípios vizinhos e também abarcando os serviços para os quais seja ela referenciada regionalmente pelos gestores do Sistema Único de Saúde<sup>27</sup>.

Por fim, há no município uma UPA que é um componente da política nacional de urgência e emergência, lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde.

A figura a seguir apresenta o organograma dos serviços disponíveis no município, os quais prestam atendimento regional ou apenas municipal.



**Figura 2.** Organograma dos serviços de saúde disponíveis no município.

Fonte: Dados do município de Itapeva.

A UPA é classificada como de atenção intermediária entre as unidades básicas e o serviço hospitalar, funcionando 24 horas do dia, todos os dias da semana, ininterruptamente. Sua diretriz é estabelecida pela Portaria GM/MS n. 2.648, de 7 de novembro de 2011, a qual considera que compete à UPA atendimento às urgências e emergências traumáticas e não traumáticas; realização de exames laboratoriais, eletrocardiográficos e radiológicos para diagnosticar situações de urgência e emergência; distribuição de medicamentos para que o paciente realize o tratamento domiciliar em situações de urgência; e realização do transporte de enfermos que lá tenham recebido seu primeiro atendimento, entre outras<sup>28</sup>.

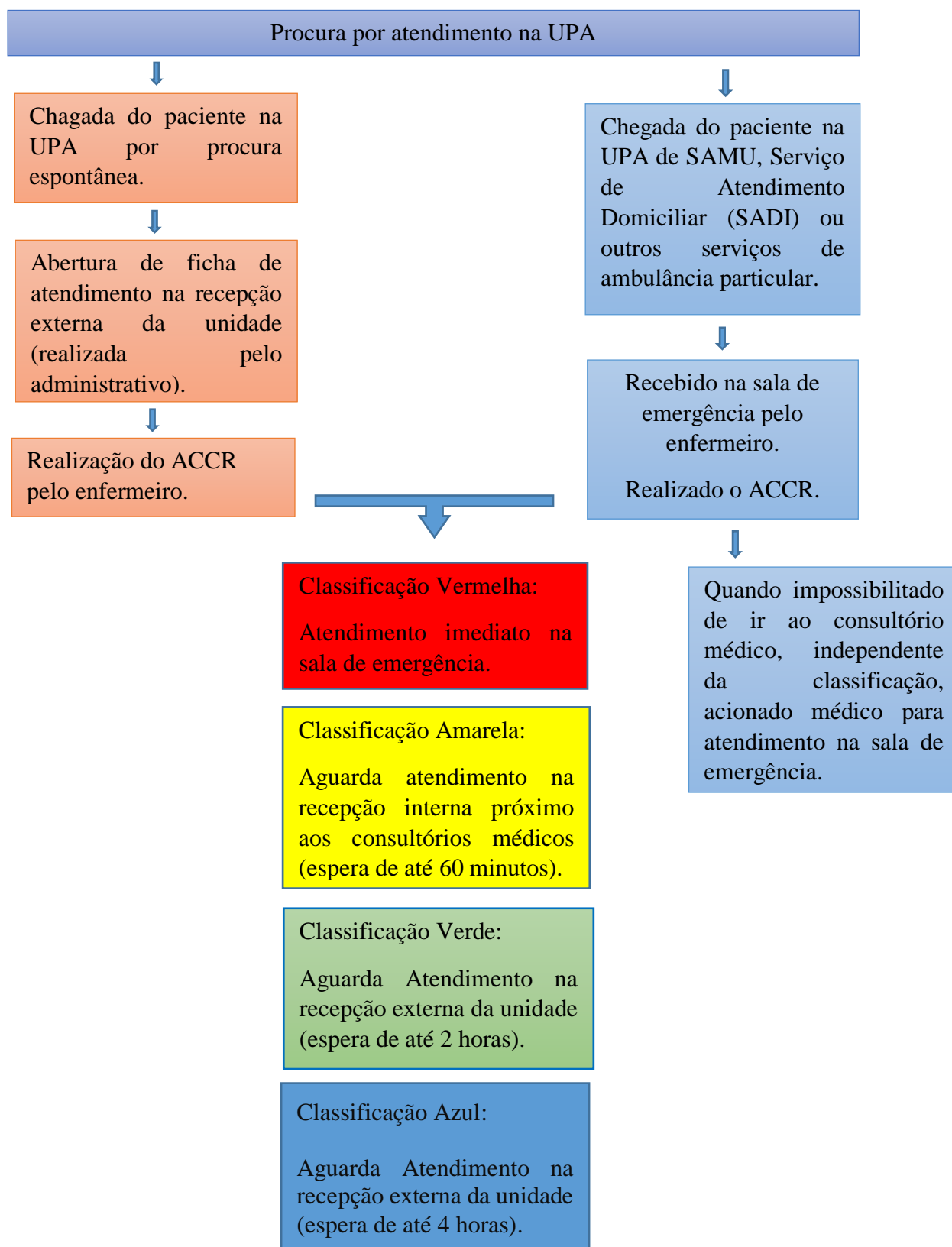
A UPA do referido município é designada como porte 1, segundo a portaria 342 de 4 de março de 2013. A unidade tem capacidade de atendimento diário de até 150 pacientes, sendo destinada a uma área de cobertura de 50 mil a 100 mil habitantes, devendo, ainda, contar com dois médicos nas 24 horas do dia, sendo um clínico geral e um pediatra, e possuir em sua estrutura um número de cinco a oito leitos de observação<sup>29</sup>.

O município de Itapeva está vinculado ao Colegiado de Gestão Regional pertencente à região administrativa do Departamento Regional de Saúde (DRS) XVI de Sorocaba e à Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) 8, localizada na macrorregião Sul/Sudeste do estado de São Paulo. Funciona como referência para quinze municípios, sendo eles: Itararé, Taquarivaí, Ribeirão Branco, Ribeira, Nova Campina, Bom Sucesso de Itararé, Itapirapuã Paulista, Itaoca, Guapiara, Apiaí, Buri, Riversul, Itaberá, Barra do Chapéu e também para os residentes no município de Itapeva.

A unidade estudada conta com seis leitos de observação de adulto e dois leitos de observação infantil, três médicos as 24 horas do dia e mais um médico no período de maior fluxo, sendo dois pediatras e dois clínicos gerais; atende em média 350 pacientes ao dia. Não há um sistema informatizado de prontuário no local, o que dificulta a obtenção de indicadores.

A dinâmica de registro dos prontuários ocorre a partir de um software desenvolvido pela equipe de informática da Secretaria Municipal de Saúde, as fichas são impressas e o atendimento feito aos pacientes como, classificação de risco, prescrição médica e anotações, são registrados manualmente pelos profissionais.

A Figura 3 demonstra o fluxo de como é realizado o atendimento na UPA de Itapeva.



**Figura 3.** Fluxograma de como é realizado o atendimento na UPA de Itapeva.  
Fonte: Elaborado pela autora.



#### 4.3.2 População do estudo

Foi realizada pesquisa em prontuários físicos de pacientes, a fim de coletar indicadores e descrever a população assistida. Os critérios de inclusão foram: pacientes acima de 18 anos cujos prontuários apresentassem preenchimento completo, com nome, idade, data e hora de abertura da ficha de atendimento, hora da classificação de risco, cor da classificação de risco, assinatura e carimbo do enfermeiro.

#### 4.3.4 Cálculo amostral

Considerando que o número de atendimento da UPA do município de Itapeva em um mês é aproximadamente 10 mil atendimentos, foi realizado cálculo estatístico para o tamanho amostral, considerando 95% de confiança e uma margem de erro de 5%, sendo recomendada amostra com  $n$  de 370 pacientes.

Para selecionar os pacientes, foi realizado um sorteio no programa R versão 2.10.1.

#### 4.3.5 Procedimento de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu nos meses de março a junho de 2017, com dados relativos ao período de janeiro a abril de 2017. Foram extraídas informações de prontuários físicos através de um instrumento de coleta de dados (Apêndice B) elaborado pela autora, as quais foram transferidas ao banco de dados em planilha no Excel®.

#### 4.3.6 Variáveis analisadas

- ✓ Sexo: masculino e feminino.
- ✓ Data de nascimento.
- ✓ Idade: adolescentes acima de 18 anos, adultos, adultos de meia idade, idosos e idosos de 80 anos ou mais.
- ✓ Bairro de residência: diferenciando entre zona rural e urbana.
- ✓ Dia e mês de atendimento.
- ✓ Dia da semana: de segunda a domingo.
- ✓ Hora de abertura da ficha de atendimento.
- ✓ Hora da classificação de risco.
- ✓ Presença de encaminhamento.
- ✓ Origem do encaminhamento: UBS, Santa Casa, SAMU.
- ✓ Condições em que adentrou o serviço: maca, cadeira de rodas, deambulando.

- ✓ Presença de acompanhante.
- ✓ Quem acompanhava.
- ✓ Queixa do paciente.
- ✓ Quantidade de queixa.
- ✓ Tempo da queixa: em dias.
- ✓ Sinais vitais aferidos: pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio e glicemia capilar.
- ✓ Antecedentes clínicos: hipertensão, diabetes, cardiopatias, doença renal, doenças infectocontagiosas, convulsão, tabagismo, etilismo, antecedentes cirúrgicos, se está gestante, déficit neurológico, marca-passo, doença hepática e alergias.
- ✓ Hora da consulta médica.
- ✓ Cor da classificação de risco atribuída: vermelha, amarela, verde e azul.
- ✓ Classificação da escala de dor: leve, moderada, intensa.
- ✓ Nota atribuída pelo enfermeiro na escala de coma de Glasgow: de 3 a 15.
- ✓ Se o paciente foi medicado na unidade.
- ✓ Via da medicação realizada: intravenosa (IV), intramuscular (IM), subcutânea (SC), inalatória (NBZ), via oral (VO), tópica.
- ✓ Hora da realização da medicação.
- ✓ Exames realizados: urina I, CPK, CKMB, teste de gravidez, raio X e hemograma.
- ✓ Encaminhamento do paciente para outro serviço: Santa Casa, Banco de Olhos de Sorocaba (BOS), especialidade, UBS.
- ✓ Alta.
- ✓ Data e hora da alta ou encaminhamento.

Na planilha Excel, as queixas foram categorizadas de acordo com o Protocolo Único de Classificação de Risco na Rede de Urgências e Emergências do Estado do Tocantins.

#### 4.3.7 Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp em novembro de 2016 (Anexo 1), e seguiu todas as exigências éticas conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi solicitada autorização à Secretaria Municipal de Saúde de Itapeva –SP.

#### 4.3.8 Análise dos dados

As variáveis extraídas dos prontuários foram analisadas estatisticamente, as associações foram realizadas por testes não paramétricos de Qui-quadrado, teste exato de Fisher e Mann-Whitney. Associações estatísticas foram consideradas quando  $p < 0,05$ . Análise feita com o software SPSS<sup>®</sup> v 21.0

### **4.4 Etapa 3 – Estudo de desenvolvimento tecnológico em relação aos produtos desenvolvidos**

#### 4.4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de pesquisa metodológica de caráter descritivo, que estuda a investigação de métodos para coleta e organização de dados, tais como desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas<sup>30</sup>.

Utilizou-se como referencial teórico Falkembach, o qual orienta as etapas para o desenvolvimento de um material educativo digital<sup>31</sup>.

#### 4.4.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida com apoio do Núcleo de Educação a Distância e Tecnologia de Informação em Saúde (NEAD –TIS) da Unesp de Botucatu. Atuante desde outubro de 2001, um de seus principais subprodutos é a administração do Ambiente Virtual de Aprendizagem Escola Médica Virtual. O núcleo preza por um processo contínuo de crescimento e busca pela inovação na oferta de soluções nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, tem em seu quadro um programa de aprimoramento profissional “Tecnologias de Informação em Saúde”, cujos alunos participam das diversas frentes da unidade e possuem alta taxa de aceitação no mercado de trabalho<sup>32</sup>.

#### 4.4.3 Etapas do desenvolvimento de um projeto

O desenvolvimento do produto seguiu os passos propostos por Falkembach em seu artigo “Concepção e desenvolvimento de material educativo digital”, o qual orienta as etapas para a realização de um material didático digital. Segundo o autor, o processo envolve Análise e planejamento, Modelagem, Implementação, Avaliação e Manutenção e Distribuição<sup>31</sup>.

#### 4.4.4 Análise e planejamento

A realização da análise e planejamento dos produtos foi feita após a revisão da literatura científica produzida nos últimos cinco anos de artigos indexados nas bases de dados BVS, Web of Science, Embase, PubMed, Scopus e Cinahal. Tais estudos serviram de subsídios para demonstrar a necessidade de educação da população em relação ao uso do serviço de urgência e emergência. Também foi realizada uma busca com intuito de se encontrar um protocolo de acolhimento com classificação de risco de cinco cores disponível gratuitamente para embasamento do website educacional. A não disponibilidade de um protocolo gratuito nos levou a entrar em contato com a PNH do Ministério da Saúde para direcionar o melhor protocolo a ser aplicado nos serviços de urgência e emergência.

#### 4.4.5 Modelagem

Nesta etapa, foi discutida em reuniões entre os pesquisadores (mestranda, orientadoras e equipe do NEAD-TIS), a forma como o conteúdo seria disponibilizado e apresentado ao público de interesse. Também foram organizadas as informações das mídias e design de interfaces.

O roteiro foi feito pela pesquisadora e avaliado pela orientadora e co-orientadora do estudo. Utilizou-se como base o Protocolo Único de Classificação de Risco na Rede de Urgências e Emergências do Estado do Tocantins, juntamente com as propostas da PNH disponíveis em cartilhas.

#### 4.4.6 Implementação

A implementação foi realizada pela equipe do NEAD-TIS e envolveu a produção e digitalização das mídias. Foram inseridos nesta etapa o som, tempo do vídeo, imagens e animações.

#### 4.4.7 Avaliação e manutenção

A avaliação foi feita pela pesquisadora e orientadoras do estudo, após a fase de implementação realizada pelo programador, a fim de corrigir erros gramaticais e verificar as informações dos conteúdos inseridos. Esta fase se repetiu diversas vezes durante a realização do produto.

#### 4.4.8 Distribuição

A distribuição será realizada via rede de internet, em site de compartilhamento no youtube. O vídeo educativo em formato *PowToon* também ficará exposto na recepção da unidade de pronto atendimento.

De acordo com o estudo de Falkembach, não está inserida a fase de validação dos produtos, sendo que a distribuição pode ser realizada mesmo sem essa proposta<sup>31</sup>.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi opção apresentar os resultados em três etapas, cada uma correspondente a um objetivo específico e a uma metodologia propostas para a pesquisa, como estratégia para sistematizar a apresentação. O Quadro 1 apresenta as três etapas em relação aos objetivos e métodos da dissertação.

**Quadro 1.** Resultados apresentados em etapas de acordo com os objetivos e métodos propostos.

<b>Etapa</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>
<b>5.1</b>	Identificar na literatura os motivos e o perfil dos usuários que procuram o serviço de urgência e emergência classificados como demanda não urgente.	Revisão integrativa.
<b>5.2</b>	Analisar o perfil de atendimentos em uma unidade de pronto atendimento – UPA municipal.	Estudo transversal.
<b>5.3</b>	Desenvolver uma ação educativa relacionada a classificação de risco voltada para os profissionais da unidade de pronto atendimento em website e um vídeo educativo para a população assistida como produto da dissertação de mestrado a ser disponibilizado em meio eletrônico.	Estudo metodológico de desenvolvimento tecnológico em relação aos produtos desenvolvidos.

## 5.1 Resultados da etapa 1

Foram identificados 1.599 estudos nas bases de dados e bibliotecas digitais. A seleção por título resultou em dois estudos repetidos, 64 artigos selecionados. Após a seleção por meio da leitura do resumo, obteve-se dezoito artigos, dos quais, um não estava disponível gratuitamente, sendo esta uma limitação do estudo, nove foram excluídos por não estarem relacionados ao objetivo da pesquisa, totalizando em uma amostra de oito estudos.

Trata-se de uma análise predominantemente internacional, sendo o país que mais contribui a Austrália (37,5%). Outros quatro países apresentaram estudos relacionados à temática, sendo eles: Brasil, Arábia Saudita, Holanda e Itália. Foi possível perceber que, apesar dos diferentes sistemas de saúde, os problemas enfrentados pelos serviços de urgência e emergência são os mesmos nos diferentes países: a superlotação e a demanda não urgente é um fator que dificulta a realização do trabalho. Foram encontrados poucos estudos que evidenciam o motivo da busca do paciente para cuidados não urgentes. A Tabela 1 faz referência a distribuição de estudos segundo a origem.

**Tabela 1.** Distribuição de estudos selecionados segundo o país de origem.

País de origem	n	%
Brasil	2	25
Arábia Saudita	1	12.5
Austrália	3	37.5
Holanda	1	12.5
Itália	1	12.5
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

A amostra (8) das publicações estava em sua maioria indexadas na Scopus (5), seguida da BVS (2) e um estudo na Web of Science. Quanto ao ano de publicação, 2015 foi o que teve maior representatividade amostral, com 50% dos estudos. O Quadro 2 apresenta os estudos incluídos na revisão.

**Quadro 2.** Título, ano, tipo de estudo e objetivo de estudo dos artigos selecionados de 2013 a 2017 nas bases de dados BVS, Web of Science, Cinahl, Scopus e Pubmed, evidenciando os motivos de busca do serviço de urgência e emergência pela demanda não urgente.

<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivo de estudo</b>	<b>Motivo da busca do atendimento</b>
Idosos atendidos em unidade de pronto atendimento por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) à saúde <sup>33</sup> .	2016	Estudo descritivo de abordagem quantitativa.	Identificar os motivos que levam idosos com CSAP a buscarem o serviço de uma UPA.	Horário de atendimento da UBS. Falta de médicos na UBS. Atendimento médico sem agendamento na UPA. Localização geográfica da UBS. Considerar que o caso é de UPA. Possibilidades de realizar exames. Melhor atendimento na UPA do que na UBS. Demora no atendimento da UBS. Insegurança no atendimento da UBS. Verificar pressão arterial e glicemia capilar.
Reasons for non-urgent presentations to the emergency department in Saudi Arabia <sup>34</sup> .	2014	Estudo descritivo exploratório.	Examinar os motivos das visitas não urgentes a um serviço de emergência saudita e fatores associados à percepção de urgência do paciente.	Por não ter acompanhamento de saúde regular. Por poder receber cuidados no mesmo dia. A conveniência e acesso a cuidados médicos. A percepção que o serviço de emergência oferece melhores cuidados do que outros serviços de saúde na área. Acesso a investigações, como exames de sangue e raios-X. A urgência percebida de seus problemas.
Low-acuity presentations to regional emergency departments: What is the issue? <sup>35</sup> .	2016	Estudo transversal e com análise retrospectiva.	Explorar as referências do médico da família, autorreferências para os serviços de emergência e fatores associados a pacientes que buscam por cuidado no serviço de emergência.	O serviço de emergência estava mais perto do trabalho ou da casa do que o médico da família. Considerados que o serviço de emergência não cobra para o atendimento, investigações ou medicamentos. A possibilidade de ter um atendimento médico em um local com exames ou raio-X. Insatisfação com o tempo de espera para adquirir uma consulta com um médico da família. Julgar que o tratamento médico é melhor no serviço de emergência. (cont.)



(cont.)				<p>Acreditar que médico de família encaminharia para o serviço de emergência.</p> <p>Julga difícil entender o médico da família.</p> <p>A família tradicionalmente utiliza o serviço de emergência para cuidados de saúde.</p> <p>Acreditam que o médico da família não tem o suporte/equipamento necessário.</p> <p>Não gostam de compromissos e preferem o serviço de emergência, ao qual podem comparecer a qualquer momento.</p> <p>Queriam apenas atendimento médico, sem saber o que buscar.</p> <p>Gostariam de uma segunda opinião.</p> <p>Estavam longe de médico da família habitual, por motivo de férias.</p> <p>Não gostariam que o médico de família soubesse sobre este problema particular.</p>
Self-referrals in the emergency department: reasons why patients attend the emergency department without consulting a general practitioner first – a questionnaire study <sup>36</sup> .	2015	Estudo observacional e prospectivo.	Avaliar os motivos de autorreferência ao serviço de emergência e comparar esses motivos em relação ao uso apropriado.	<p>Expectativa de ter ajuda médica em menos tempo.</p> <p>Por ter investigações diagnósticas necessárias.</p> <p>Por julgar os sintomas apresentados graves.</p> <p>Por acreditar que não seriam vistos por um médico da família antes de ir ao serviço de emergência</p> <p>Falta de confiança no médico da família.</p> <p>Sem acompanhamento médico regular.</p>
Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care <sup>37</sup> .	2015	Método misto de pesquisa, caracterizando-se pelo desenho explanatório sequencial, mediante o desenvolvimento	Identificar o perfil de usuários frequentes de serviço de emergência, verificar fatores associados e analisar os motivos para utilização do serviço.	<p>Facilidade de acesso às unidades de emergência.</p> <p>Valorização da tecnologia reunida em um único lugar.</p> <p>Percepção de resolubilidade de problemas de saúde em experiências prévias.</p> <p>Vínculo com os profissionais e com o hospital.</p> <p style="text-align: right;">(cont.)</p>

(cont.)		de uma etapa com abordagem quantitativa seguida por uma qualitativa.		
Deprivation and its impact on non-urgent Paediatric Emergency department use: are nurse practitioners the answer? <sup>38</sup> .	2015	Estudo analítico retrospectivo.	Relatar os resultados quantitativos de um grande método misto, estudo que determinou em que medida a provisão de alternativas a um serviço de emergência e índice de desvantagem social relativa influenciou o uso não urgente do serviço de emergência pediátrica.	Notável falta de atenção primária e provisão de serviços em áreas de alta privação. População de áreas com alto nível de privação de acesso à atenção primária usam os serviços de emergência para cuidados não urgente.
The burden of inappropriate emergency department pediatric visits: why Italy needs an urgent reform <sup>39</sup> .	2014	Estudo de coorte retrospectivo.	Entender melhor a questão da visita inadequada ao serviço de emergência pediátrica na Itália, incluindo o impacto da última reforma do Sistema Nacional de Saúde.	Maior acesso durante os feriados, fins de semana e à noite quando os cuidados primários não estão disponíveis.
The “unnecessary” use of emergency departments by older people: findings from hospital data, hospital staff and older people <sup>40</sup> .	2015	Estudo retrospectivo e comparativo dos dados disponíveis nos hospitais e as opiniões dos profissionais de saúde.	Comparar e contrastar os dados administrativos com as opiniões do pessoal do hospital e das pessoas mais velhas em relação a sua apresentação em dois departamentos de emergência na região metropolitana de Adelaide e como isso se alinha com a definição de “apresentações potencialmente evitáveis” de tipo clínico geral do Australian Institute of Health and Welfare.	Sentiram que sua saúde ou a condição específica precisou de atenção imediata. Não podiam acessar um médico da família, ou foi o único lugar aberto. Tempo demasiado longo para esperar pelo médico da família. Seria mais rápido o atendimento em um serviço de emergência. O serviço de emergência possui mais instalações e é mais provável que consigam ajuda. O problema será ordenado rapidamente indo para um serviço de emergência hospitalar.

Fonte: Dados da pesquisa.

Atualmente, o setor de urgência e emergência tem experimentado grande aglomeração atribuída à demanda não urgente, muitos pacientes consideraram que sua condição necessita de cuidados médicos, mas não necessariamente um atendimento de urgência e emergência<sup>41</sup>.

A avaliação da literatura propiciou agrupar em algumas categorias os motivos da busca do serviço pela demanda não urgente. A Tabela 2 apresenta as categorias elencadas.

**Tabela 2.** Categorização dos motivos de busca pela demanda não urgente do serviço de urgência e emergência.

Categoria	Frequência	%
Conveniência do atendimento médico sem agendamento	12	24,5
Possibilidade de realizar exames	7	14,3
Considerar a situação de urgência	5	10,2
Insegurança no atendimento do médico da família	5	10,2
Localização geográfica	3	6,2
Melhor atendimento no serviço de urgência e emergência	3	6,2
Sem acesso aos serviços básicos de saúde	3	6,2
Sem acompanhamento de saúde regular	3	6,2
Horário restrito dos serviços de atenção primária à saúde	1	2
Demora no atendimento do serviço básico de saúde	1	2
Falta de médico	1	2
Insatisfação com o tempo de espera da consulta com médico da família	1	2
Percepção da resolubilidade do serviço	1	2
Procedimentos	1	2
Sem custo	1	2
Vínculo com profissionais	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Os usuários dos serviços de saúde buscam o atendimento de urgência e emergência por diversas causas. A principal causa elencada foi a conveniência de um

atendimento médico sem agendamento, totalizando a maior porcentagem dos motivos (24,5%), fundamentada por não haver um compromisso em se agendar uma consulta ou aguardar algum tempo para passar em atendimento médico<sup>33,35,37,39,40,42</sup>.

A atenção primária à saúde não consegue alcançar a rapidez e resolubilidade que o paciente almeja, a ideia de que tudo está no mesmo lugar atrai os pacientes para esses serviços. A possibilidade de realizar exames no mesmo dia e local também esteve em destaque pelos usuários<sup>35</sup>.

A insegurança no médico da família e considerar a situação de emergência foram outros motivos citados<sup>33,40,42</sup>. O profissional de saúde tem uma percepção para a demanda não urgente e baseia-se principalmente na gravidade e urgência dos problemas de saúde; já para o paciente os sintomas (ex: dor, ansiedade), a situação do momento e a satisfação das necessidades de cuidados de saúde são fatores que o levam a acreditar que a sua condição necessita de cuidados urgentes<sup>22</sup>.

Facilidade de acesso também está configurada em questões territoriais, uma vez que alguns pacientes buscam esses centros de atendimento por estarem mais próximos de casa, trabalho ou até mesmo por ser o local habitual de consultas, o que também foi destacado pelo levantamento da literatura. A literatura também mostrou como motivos além da localização geográfica, o melhor atendimento no serviço de urgência e emergência, a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde ou a falta de acompanhamento regular de saúde<sup>33,35,36,42</sup>.

Outros fatores menos citados foram: horário restrito dos serviços de atenção primária à saúde, demora no atendimento do serviço básico de saúde, falta de médico, insatisfação com o tempo de espera da consulta com médico da família, percepção da resolubilidade do serviço, procedimentos, sem custo, vínculo com profissionais<sup>12,34,42</sup>. As taxas de uso para cuidados não urgentes são maiores para as populações que vêm de áreas de privação de serviços de saúde e têm serviços de atenção primária limitados<sup>38</sup>.

Um estudo realizado no Brasil, no Rio Grande do Sul, teve resultados semelhantes aos realizados no exterior, sendo que o maior motivo para a procura de atendimento nas unidades de urgência e emergência é a falta de resolubilidade dos demais níveis da rede, o que tangenciou a maioria deles, seguido pela falta ou demora no apoio diagnóstico. Com menor prevalência, mas não menos relevantes, foram referidas: a necessidade de os usuários chegarem muito cedo para acessar uma vaga nos serviços de atenção primária à saúde; a demora da consulta em especialidades médicas; a falta de médico nas unidades básicas de saúde; e a tecnologia dura disponível<sup>43</sup>.

O maior índice de demanda de cuidados não urgentes ocorreu em mulheres<sup>13,14,17</sup>. Também foi revelado o aumento do uso do serviço de urgência e emergência por pessoas mais velhas, portadoras de doenças crônicas que se agudizaram<sup>37,40,44</sup>.

Apesar de toda a vantagem referida, os usuários também trouxeram pontos negativos como alta demanda, superlotação, atrasos para receber os cuidados de saúde e instalações impróprias do serviço. Porém ainda declararam que as vantagens superam as desvantagens<sup>37</sup>.

Alguns estudos trazem a educação em saúde como uma estratégia para diminuir a demanda das unidades de pronto atendimento. Educar a população no que se refere ao uso apropriado do serviço de saúde impacta na diminuição da superlotação<sup>22,23</sup>.

## 5.2 Resultados da etapa 2

A revisão da literatura forneceu um panorama sobre o perfil e os motivos de busca de atendimento pela demanda não urgente e permitiu contextualizar com os achados na UPA de Itapeva.

De 1º de janeiro a 30 de abril de 2017, foram realizados 30.971 atendimentos na UPA, entre adultos e crianças. Foram coletados dados de 458 prontuários físicos, sendo que, destes, 256 eram do sexo feminino, 191 do sexo masculino e 11 não continham a informação referente ao gênero. Quanto à faixa etária, houve intervalo de 18 a 97 anos.

**Tabela 3.** Distribuição amostral em função de sexo e idade. Itapeva, 2017.

	Masculino (192)		Feminino (255)		N = 447
	Média	D.p	Média	D.p	
IDADE	45.6	19.8	41.8	19.5	0,355

Fonte: Banco de dados da pesquisadora. Dados oriundos da UPA.

A Tabela 3 apresentou a distribuição amostral em função de idade e sexo. Observa-se que não houve diferença considerável no que compete a idade. Os usuários incluídos na pesquisa caracterizam-se em 50% com idade entre 18 e 43 anos.

Na Tabela 4, estão expostos a média dos tempos de espera do paciente (em minutos) entre a abertura de ficha e a realização do acolhimento com classificação de risco (ACCR), o tempo entre o ACCR e a administração da primeira medicação, e por

fim o tempo da queixa em dias. Não foi possível coletar os dados de tempo entre o ACCR e a realização da consulta médica pela escassez desse registro nos prontuários.

**Tabela 4.** Associações entre tempo da abertura da ficha (AF) até a realização do acolhimento com classificação de risco (ACCR). Tempo decorrido do ACCR até a realização da primeira medicação e tempo total entre AF e realização da primeira medicação. Itapeva, 2017.

QUANTO AOS TEMPOS	Média	D.p
Tempo AF-ACCR (Minutos)	17,9	12
Tempo ACCR-1ª medicação (Minutos)	63,2	41,7
Tempo total (Minutos)	82,6	43,7
Tempo da queixa (Dias)	13,1	72,7

Fonte: Banco de dados da pesquisadora. Dados oriundos da UPA.

O tempo é um indicador de qualidade nos serviços de saúde. No setor de atendimento às urgências e emergências, ele é fundamental para evitar que casos se agravem na espera para atendimento. Os tempos de espera elevados também contribuem para a superlotação do serviço.

A Tabela 4 mostra que, no ACCR, a média de tempo em minutos foi de 17,9. Houve períodos de 0 a 89 minutos, ou seja, há casos de pacientes que, ao abrirem a ficha para atendimento, já foram acolhidos, e pacientes que aguardaram mais de uma hora para o primeiro atendimento. Corroborando com a literatura, a maioria dos pacientes teve como desfecho a realização de medicação dentro da unidade<sup>33</sup>.

O tempo entre o ACCR e a administração da primeira medicação foi coletado no intuito de se estabelecer um parâmetro do tempo decorrido da primeira avaliação do paciente até a concretização de uma intervenção no serviço. Como não houve a possibilidade da estimativa do intervalo entre o ACCR e a consulta médica, por insuficiência de registro, foi utilizado como base o horário de administração de medicação. Na Tabela 5, há a caracterização do tempo decorrido para essa intervenção de acordo com a classificação atribuída.

**Tabela 5.** Tempo para início da intervenção de acordo com a cor da classificação de risco. Itapeva, 2017.

	Classificação de risco							
	Azul		Verde		Amarelo		Vermelho	p
	Média	D.p	Média	D.p	Média	D.p	Média	
Tempo total (Minutos)	91,6	51,4	86,1	40,4	69,2	44,8	44	<0,001
Tempo da queixa (Dias) n 331	34,6	153	7,8	28,7	7,7	25,6	1	<0,001

Fonte: Banco de dados da pesquisadora. Dados oriundos da UPA.

Quanto à classificação de risco por cor, 83 pacientes foram classificados como azul, 281 tiveram atribuída a cor verde, 93 amarelos e apenas 1 vermelho.

É possível observar que 79,5% da amostra foram classificados como demanda não urgente (verde e azul), e estes demoraram mais tempo para ter a primeira intervenção em comparação com os pacientes classificados como amarelo e vermelho, o que condiz com o esperado de atendimento prioritário para a demanda urgente.

Apenas 331 prontuários constavam o registro de tempo da queixa do paciente, o que demonstra que não há um critério quanto às perguntas a serem realizadas pelo enfermeiro durante o ACCR. Alguns julgam importante questionar o tempo da queixa e outros apenas anotam a queixa do paciente.

A estimativa de tempo da queixa permite também identificar o grau de urgência do paciente. As queixas não recentes estão relacionadas diretamente com a classificação de risco de pacientes não urgentes, como apresentado na Tabela 5. Dos 83 pacientes classificados como azul, a média do tempo de queixa foi a mais alta comparada à classificação verde e amarelo, sucessivamente.

No que se refere às queixas dos pacientes durante o ACCR, não foi possível identificar qual a principal no prontuário. Os pacientes, em sua maioria, relatavam mais de uma queixa. Dessa forma, foram escolhidas as queixas mais frequentes e que se associavam com os antecedentes clínicos mais comuns da amostra, que foram: hipertensão arterial, cardiopatia e diabetes mellitus. A Tabela 6 traz a distribuição da associação de algumas queixas com a hipertensão, cardiopatia e diabetes mellitus.

**Tabela 6.** Distribuição das queixas mais frequentes relacionadas a hipertensão arterial sistêmica (HAS), cardiopatia e diabetes mellitus. Itapeva, 2017.

(N = 414)

<b>HAS</b>			
QUEIXA	NÃO (285)	SIM (129)	p
	n	n	
Dor torácica	24 (9%)	16 (12%)	0,204
Dor	160 (56%)	71 (55%)	0,834
Cefaleia	36 (13%)	16 (12%)	0,948
Mal-estar	4 (1,4%)	11 (9%)	<b>&lt;0,001</b>

<b>CARDIOPATIA</b>			
QUEIXA	NÃO (390)	SIM (24)	p
	n	n	
Dor torácica	35 (10%)	3 (13%)	0,718
Mal-estar	13 (3%)	2 (8%)	0,213
Dor	214 (55%)	17 (71%)	0,126

<b>DIABETES MELLITUS</b>			
QUEIXA	NÃO (369)	SIM (45)	p
	n	n	
Dor torácica	33 (9%)	7 (16%)	0,156
Vertigem	16 (4%)	6 (13%)	0,011
Mal-estar	9 (2%)	6 (13%)	<b>&lt;0,001</b>
Dor	212 (58%)	19 (42%)	0,052

Fonte: Banco de dados da pesquisadora. Dados oriundos da UPA.

Da amostra de 414 pacientes, 30% referiram ser hipertensos, 6% cardiopatas e 11% diabéticos. A associação da HAS e da DM apresentaram-se expressivas em relação à queixa de mal-estar. A queixa de vertigem para o portador de DM também foi relevante na associação. Este achado condiz com os resultados da revisão, que mostram haver um alto uso dos serviços de urgência e emergência por portadoras de doenças crônicas que se agudizaram<sup>37,40,44</sup>.

A Tabela 7 apresenta a comparação do perfil da demanda não urgente com a demanda urgente, no que compete a sexo, idade, antecedentes clínicos e queixa.



**Tabela 7.** Perfil da demanda não urgente e urgente.

		Não urgente (azul e verde)		Urgente (amarelo e vermelho)		p
		Média	D.p	Média	D.p	
Idade		41,9	17,5	52,4	18,8	<b>&lt;0,001</b>
		(% )		(% )		
Sexo	Masculino	41		51		0,101
	Feminino	59		49		
Cardiopata		4,95		8,51		0,1830
Diabetes mellitus		6,87		27,66		<b>&lt; 0,001</b>
Hipertensão arterial		23,35		57,45		<b>&lt; 0,001</b>
1. Trauma e acidentes com animais peçonhentos		5,8		4,3		0,799
2. Alterações circulatórias e respiratórias		26,6		44,7		<b>0,001</b>
3. Queixas gastrointestinais e envenenamentos		25		36,2		<b>0,03</b>
4. Queixas renais e gênito urinários.		9,1		6,4		0,406
5. Alterações neurológicas e/ou comportamento.		25,3		24,5		0,872
6. Alterações metabólicas.		3,3		6,4		0,17
7. Queixas tegumentares alérgicas.		45,9		37,2		0,132
8. Queixas odontológicas, oculares e otológicas.		6,32		4,3		0,624
		Média	D.p	Média	D.p	
Sistemas acometidos		1,48	0,74	1,65	0,87	0,069

Fonte: Banco de dados da pesquisadora. Dados oriundos da UPA.

Torna-se coeso afirmar que muitas das queixas elencadas são passíveis de atendimento na atenção primária à saúde. Os maiores índices de demanda não urgente foram pacientes que se enquadravam em queixas tegumentares e alérgicas, ao passo que as demandas urgentes estão mais voltadas para queixas referentes a alterações circulatórias e respiratórias. Foi significativo também que, em sua maioria, os pacientes

classificados como urgente tinham algum antecedente clínico como hipertensão e diabetes.

A Tabela 8 traz a representação do desfecho do paciente de acordo com a classificação de risco.

**Tabela 8.** Representação de acordo com a classificação de risco dos pacientes encaminhados para a Santa Casa, UBS ou outros encaminhamentos. Itapeva, 2017.

<b>INDICAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO PARA SANTA CASA</b>						
	Não		Sim		Total	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Azul	78	100,0%	0	0,0%	78	100,0%
Verde	253	99,6%	1	0,4%	254	100,0%
Amarelo	75	92,6%	6	7,4%	81	100,0%
Vermelho	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>406</b>	<b>98,1%</b>	<b>8</b>	<b>1,9%</b>	<b>414</b>	<b>100,0%</b>

<b>INDICAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO PARA UBS</b>						
	Não		Sim		Total	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Azul	64	82,1%	14	17,9%	78	100,0%
Verde	233	91,7%	21	8,3%	254	100,0%
Amarelo	69	85,2%	12	14,8%	81	100,0%
Vermelho	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>367</b>	<b>88,6%</b>	<b>47</b>	<b>11,4%</b>	<b>414</b>	<b>100,0%</b>

OR = 0,41(0,20-0,86); p = 0,017. Chance de ir para UBS dos verdes em comparação com os azuis é menor.(cont.)

<b>INDICAÇÃO DE OUTROS ENCAMINHAMENTOS</b>						
	Não		Sim		Total	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Azul	77	98,7%	1	1,3%	78	100,0%
Verde	250	98,4%	4	1,6%	254	100,0%
Amarelo	80	98,8%	1	1,2%	81	100,0%
Vermelho	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>408</b>	<b>98,6%</b>	<b>6</b>	<b>1,4%</b>	<b>414</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Banco de dados da pesquisadora. Dados oriundos da UPA.

Aproximadamente 2% da amostra necessitaram ser removidos para o hospital de referência do município (Santa Casa). Destes, 75% foram classificados como amarelo, 12,5%, vermelho e 12,5%, verde.

A mensuração da associação concluiu que a chance dos pacientes classificados como verdes serem encaminhados a UBS é menor que os classificados com azul, reafirmando a classificação de que as queixas não urgentes poderiam ser atendidas no serviço básico de saúde, contribuindo para a diminuição da superlotação.

Os outros encaminhamentos relatados na Tabela 8 referem-se a algumas especialidades, como o encaminhamento realizado para o hospital oftalmológico de Sorocaba, nos casos de urgências oculares como trauma ou corpo estranho. Também podem ser referidos os encaminhamentos para o ambulatório de ortopedia, para o serviço odontológico local que tem horários restritos de atendimento. Houve um encaminhamento direto para o vascular. De toda a amostra, apenas 1,4 % dos pacientes necessitaram de algum desses encaminhamentos.

Esta etapa do estudo apresentou como limitações: a influência da sazonalidade, que não foi estudada devido ao período de coleta de dados. A falta de um prontuário eletrônico na unidade que deixou livre para o registro de informações relativas ao paciente, conseqüentemente não contendo dados que poderiam ser relevantes para a pesquisa. E por fim a falta de uma capacitação formal para a realização do acolhimento com classificação de risco.

### **5.3 Resultados da etapa 3**

A realização da revisão da literatura e coleta de dados ofereceu subsídios para a elaboração dos produtos deste mestrado.

A revisão da literatura foi pertinente ao identificar os motivos de busca de um serviço de urgência e emergência pela demanda não urgente, a qual tem sido a maioria. Esta revisão ainda permitiu elaborar estratégias de educação e conscientização da população para o atendimento prestado na UPA. Os achados na coleta de dados a fim de conhecer o perfil da demanda evidenciaram que a maioria (79,5%) dos atendimentos são não urgentes com queixas não recentes, o que corrobora com os achados na literatura. A elaboração do vídeo voltado para a população busca explicar sobre quais casos devem procurar uma unidade básica de saúde ou uma UPA, ainda apresenta de que forma é

realizado atendimento dentro da unidade a fim de educar o paciente quanto a classificação de risco por gravidade clínica.

Para a elaboração do produto, optou-se por utilizar dois recursos digitais, sendo um voltado para a população e outro para profissionais enfermeiros, uma vez que estes não tiveram uma capacitação formal para a aplicação da classificação de risco. Um estudo realizado no município de Santa Catarina que levantou a percepção da enfermagem em relação às UPA's 24 horas demonstrou a falta de preparo dos profissionais para a realização do ACCR, havendo falas como: “‘Vocês vão ter que triar o paciente’; mas, no início, cada um triava de um jeito, porque cada plantão tinha uma visão, não teve uma regra, não teve uma capacitação para gente ir fazer (E4)”.<sup>45</sup> Essa fala está coesa com o que ocorre na UPA do município de Itapeva.

Este estudo apresentou ainda que a educação permanente pode atuar como estratégia de resolução de conflitos, crescimento e conhecimento do profissional acerca de protocolos que respaldem sua prática<sup>45</sup>.

Partindo do pressuposto de que a educação em saúde pode melhorar a prática profissional e ser resolutiva ao paciente, também se optou por elaborar um instrumento que pudesse ser utilizado na capacitação da equipe.

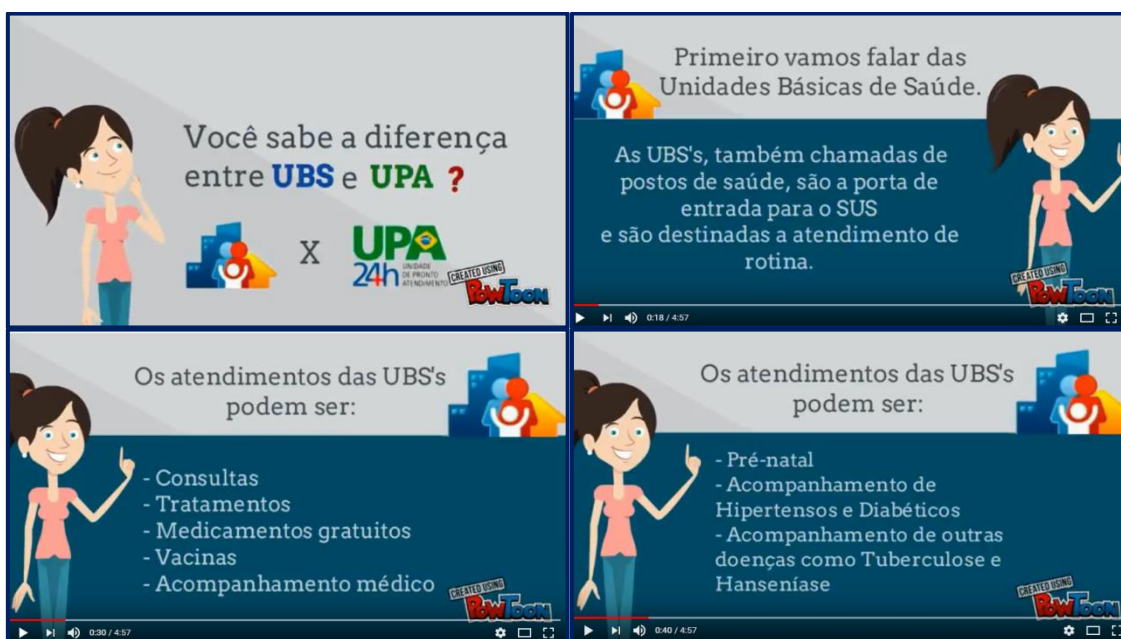
Os materiais educativos digitais foram desenvolvidos a partir de um estudo metodológico utilizando como referencial teórico Falkembach<sup>31</sup>.


**I. Análise e planejamento.** Nesta etapa, realizou-se uma busca na literatura científica com o objetivo de encontrar um protocolo de acolhimento com classificação de risco de uso gratuito realizado em cinco cores de classificação. Esgotado esse recurso, optou-se por entrar em contato com a PNH do Ministério da Saúde para nortear o melhor protocolo para desenvolvimento dos produtos (Anexo 2). Após a indicação da PNH, seguiu-se com o pedido de autorização do secretário estadual de saúde de Tocantins (Anexo 3) para uso do protocolo em meio eletrônico. A construção do vídeo foi feita considerando a população atendida e os recursos disponíveis para a educação desta demanda na UPA. A revisão da literatura norteou a construção do roteiro tanto para a website voltado aos profissionais quanto do vídeo. Também foram utilizadas, principalmente, cartilhas do Ministério da Saúde.

**II. Modelagem.** Na elaboração do vídeo, foi utilizada a ferramenta *PowToon*: uma forma de comunicação através de vídeo em animação cartoon, disponível desde julho de 2012<sup>46</sup>. O *PowToon* se constitui como um recurso educativo capaz de apresentar de forma

minimalista conteúdos para a aprendizagem. É recomendado que seja elaborado um roteiro antes de sua criação<sup>47</sup>, etapa realizada pelos pesquisadores e que deu origem a primeira versão do vídeo. Após a qualificação do trabalho, foram feitas sugestões e um novo roteiro foi realizado para otimização do recurso. Para a elaboração da website foi utilizado o Hypertext Markup Language (HTML), ou em português Linguagem de Marcação de Hipertexto. Trata-se de uma linguagem empregada no desenvolvimento de websites, básica na internet e de fácil entendimento para seres humanos e máquinas, utilizada como estrutura do site<sup>48</sup>. Também foram utilizados outros recursos que se fazem necessário para a criação de um site: o Cascading Style Sheets (CSS), utilizado na parte visual, para alterar cor, tamanhos, fonte, espaçamento e formatação<sup>49</sup>; o Javascript, empregado para o funcionamento do processo de classificação de risco e que permite promover a interatividade do programa<sup>50</sup>; e, por fim, o Framework Bootstrap, o qual fornece um conjunto de ferramentas para desenvolvimento com o CSS e Javascript<sup>51</sup>.

**III. Implementação.** Após reuniões com a equipe do NEAD-TIS, obteve-se a versão final dos produtos. Correções e alterações das mídias do projeto foram realizadas e as sugestões da banca de qualificação acatadas. Ressalta-se que foram verificados exaustivamente os materiais no que compete a sons, imagens, tempo das animações e escrita, para que nos textos não haja erro conceitual nem gramatical. A Figuras 4 apresenta momentos do vídeo *PowToon*.



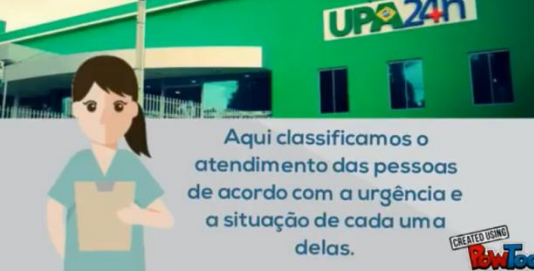
<p>As UBS's tem capacidade de atendimento médico e tratamento de cerca de 80% dos problemas de saúde.</p>	<p>Agora vamos entender como funcionam as UPA's.</p> <p>As UPA's são unidades de pronto atendimento que funcionam 24 horas por dia 7 dias por semana, podem resolver grande parte das urgências e emergências como:</p>
<p><b>UPA 24h</b> UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pressão e febre alta</li> <li>- Fraturas</li> <li>- Cortes</li> <li>- Infarto</li> <li>- AVC</li> </ul>	<p>Sua estrutura contém:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atendimento de pediatria</li> <li>- RX</li> <li>- Eletrocardiografia</li> <li>- Exames laboratoriais</li> <li>- Leitões de observação</li> </ul>
<p>As UPA's colaboram para a diminuição das filas dos Prontos Socorros Hospitalares.</p>	<p>Elas tem capacidade de atender até 90% das urgências sem necessidade de encaminhamentos ao pronto socorro hospitalar. Estas unidades estão ligadas diretamente com o SAMU.</p>
<p>Compreendendo o funcionamento do Sistema de Saúde, o usuário deve dirigir-se ao serviço que melhor atende a sua necessidade de saúde.</p>	<p>Rede de Atenção às Urgências</p> 
<p>Essa simples ação evitará o excesso de filas nos serviços de urgência e emergência, melhorando a qualidade da assistência.</p>	<p>Agora que você já sabe a diferença entre a UPA e UBS.</p>



Vamos entender como funciona o atendimento dentro da UPA.



Eu vou te explicar!



Aqui classificamos o atendimento das pessoas de acordo com a urgência e a situação de cada uma delas.



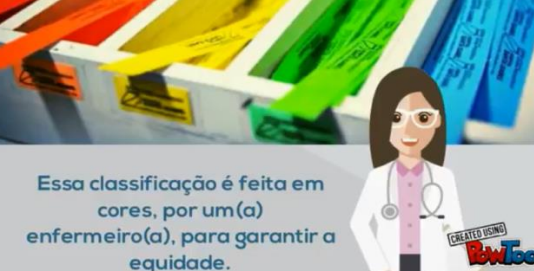
Esse tipo de acolhimento está de acordo com a PNH (Política Nacional de Humanização).



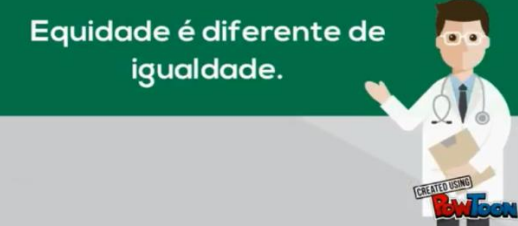
E com os princípios do Sistema Único de Saúde.



Isso permite fazer a Classificação de Risco.




Essa classificação é feita em cores, por um(a) enfermeiro(a), para garantir a equidade.



Equidade é diferente de igualdade.



Igualdade é tratar todos de maneira igual... Mas isso ignora as diferenças.



Já a equidade atende a todos de acordo com a situação de cada um. Sendo a forma mais justa.



Assim atendemos de acordo com a gravidade e não seguindo a ordem de chegada.



Por exemplo, aqui utilizamos as cores:



Figura 4. Momentos do vídeo PowToon.

As imagens a seguir (figuras 5 a 17) evidenciam momentos do website, separados conforme as páginas criadas: Apresentação; Protocolo de acolhimento com classificação de risco; Anexos; Autoria; Classificar; e os fluxogramas das queixas apresentadas pelos usuários.



Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

**Olá!**

Este site tem o objetivo de promover o acolhimento com classificação de risco (ACCR) nos serviços de urgência e emergência, bem como divulgar um protocolo de ACCR para uso gratuito nos serviços de saúde.

**SEJAM BEM VINDOS!**

Twitter Google+ Email

---

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**A INDISPENSABILIDADE DO ACCR**

“Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas do Pronto-Socorro, tornando-se necessária a **reorganização do processo de trabalho deste serviço de saúde**”

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

---

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**A INDISPENSABILIDADE DO ACCR**

Muitos serviços de atendimento às urgências **convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada.**

A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não-atendimento no tempo adequado.

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


Classificação de Risco x

projets-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria



### A PARTIR DESTA NECESSIDADE SURGE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

A cartilha da política nacional de humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde em 2004, aponta o ACCR como método que permite mudar os modos como se opera a assistência nos serviços de urgência e emergência.

Fonte: Cartilha da PNH: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, 2004

Classificação de Risco x

projets-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

### DEFININDO A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Classificação de Risco deve ser pensada como uma forma de selecionar os pacientes com demandas mais urgentes, que precisam ser atendidos com prioridade, pelo risco de seu estado de saúde se complicar mais rapidamente.



Assim atendemos de acordo com a gravidade e não seguindo a ordem de chegada.

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Acolhimento na gestão e trabalho em saúde, 2016

Classificação de Risco x

projets-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

### DEFININDO A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

É um processo dinâmico, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando **atenção centrada no nível de complexidade**.

#### USANDO O CONCEITO DA EQUIDADE



Fonte: Cartilha da PNH: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, 2004

Classificação de Risco x

projets-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

### OS OBJETIVOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SÃO:

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto-Socorro humanizando o atendimento.
- Descongestionar o Pronto-Socorro.
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade.
- Retornar informações a familiares.

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

Classificação de Risco x

projets-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

### OS OBJETIVOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SÃO:

- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Exemplo: ortopedia, ambulatórios, etc.
- Informar os tempos de espera.
- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários.

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

Classificação de Risco x

projets-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

### PARÂMETROS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO

- Demanda acolhida e atendida de acordo com a Classificação de Risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.
- Garantia de resolução da urgência e da emergência, provido o acesso ao atendimento hospitalar e à transferência segura, conforme a necessidade dos usuários.
- Promoção de ações que garantam a integração com o restante da rede de serviços e a continuidade do cuidado após o atendimento de urgência ou de emergência.

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização, Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde, 2016


Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria



O ACCR **NÃO DEVE SER UMA PRÁTICA DE EXCLUSÃO SOCIAL**, na medida em que "escolhe" quem deve ser atendido.

Vejamos a seguir as práticas de **INCLUSÃO** relacionadas a classificação de risco.

Fonte: Cartilha da FNH Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, 2004

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO PRÁTICA DE INCLUSÃO.**

Classificação de risco utilizada para priorizar os pacientes mais críticos para atendimento imediato, e em ordem de prioridade.	Classificação de risco que se responsabiliza pelo atendimento de todos os pacientes independente de sua classificação.	Classificação de risco que só encaminha pacientes para outros serviços de forma responsável e pactuada, garantindo o atendimento do paciente encaminhado.
Classificação de risco implantada através de processo de discussão intenso e inclusivo de todos os profissionais.	Classificação de risco elaborada através de discussão com todos os profissionais e definição de protocolo adequado ao hospital.	Classificação de risco pactuada e acompanhada nos espaços de gestão colegiada.

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde, 2016

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos


Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**QUAIS PROFISSIONAIS PODEM REALIZAR A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ?**

É atividade realizada por profissional nível superior, preferencialmente com experiência em serviço de urgência, e após capacitação específica para a atividade proposta;

De acordo com a RESOLUÇÃO COFEN Nº 423/2012 " No âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão."

- Demanda competência técnica e científica em sua execução.
- Parte do sistema de humanização da assistência.



Fonte: Resolução COFEN Nº 423/2012

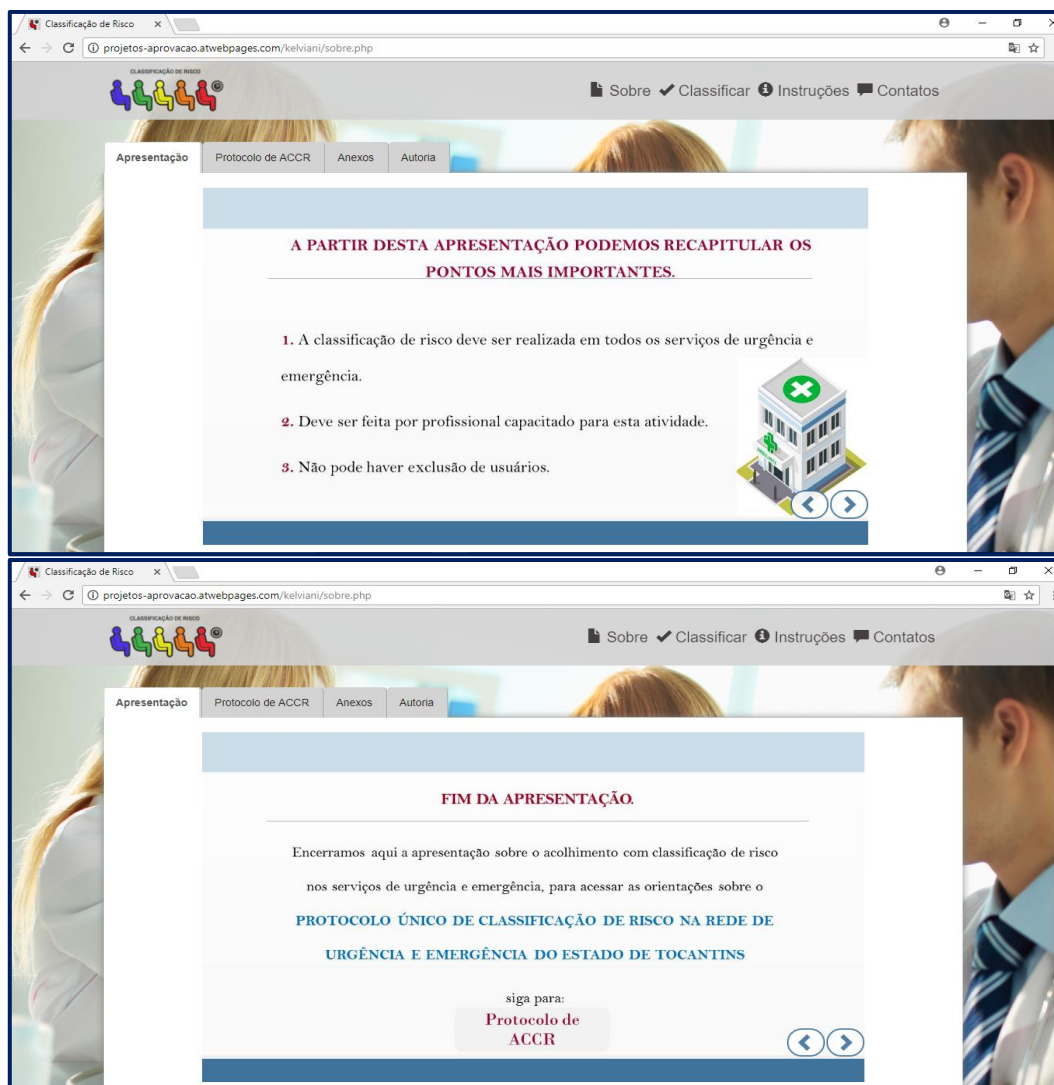


Figura 5. Apresentação do website.



Classificação de Risco

projetos-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

## INTRODUÇÃO

Este protocolo foi construído pela Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), com o apoio da Coordenação Geral da Política Nacional de Humanização (CGPNH/SAS/MS) do Ministério da Saúde.

É uma ferramenta que contribui significativamente na organização do trabalho, porém não age sozinho na qualificação do acesso e dos serviços. Para tanto, diretrizes importantes da Política Nacional de Humanização deverão ser implantadas para contribuir na melhoria da atenção e gestão do SUS. A exemplo: Acolhimento, cogestão, ambiência e seus demais dispositivos.

Fonte: Colegiado Estadual Gestor de Acolhimento e Classificação de Risco de Tocantins, 2017.

Entendendo-se que a **URGÊNCIA** se caracteriza numa situação clínica ou traumática com risco de gerar deterioração ou risco de morte em função do tempo transcorrido entre a sua aparição e instauração de um tratamento.

Este protocolo tem como objetivo se constituir numa ferramenta de organização ao atendimento médico a partir da gravidade/severidade dos sinais e sintomas apresentados.

A classificação de risco requer tomada de decisão, ou seja, a tomada de decisão é parte integrante e importante da prática clínica.

Uma adequada **avaliação clínica** de um paciente requer tanto **raciocínio** como **intuição**, e ambos devem se basear em conhecimentos e aptidões profissionais. Assim, como parte de seu processo de aptidão é preciso que se aprenda a:

- > **INTERPRETAR**
- > **DISCRIMINAR**
- > **AVALIAR.**

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

## SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (CR)

Ao chegar ao serviço o usuário deverá ser imediatamente avaliado pela equipe que o recebe.

**Os 6 passos seguintes referem-se a avaliação inicial do paciente, tem como objetivo afastar o risco iminente de morte ou agravo!**

← →

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

### 1º Passo: Identificar o motivo da procura a unidade/serviço (descriptor)

Fatores a serem considerados:

Tempo de início da queixa ou evento:

- ✓ Início abrupto: início do evento em segundos ou minutos;
- ✓ Início súbito: indica início em menos de 12 horas;
- ✓ Início agudo: período de tempo entre 12 e 24 horas.
- ✓ Recentes: são aqueles que surgiram nos últimos sete dias.

Definir a queixa  
 Descrever o tempo de início da queixa ou do evento.

← →

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

### 2º Passo: A partir do descriptor identificar o fluxograma correspondente e realizar a Classificação de Risco seguindo os seguintes passos:

Observando e avaliando:

**1. Alterações do nível de consciência/estado mental:**

Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como **vermelho/laranja**.

Estes pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar devendo ser imediatamente encaminhados para a Emergência.

← →

Classificação de Risco

projetos-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar ⓘ Instruções 🗨 Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

Observando e avaliando:

**2. Comprometimento das vias aéreas:**

A incapacidade de manter via aérea pérvia, **estridor inspiratório e expiratório** representam grave risco.

Estridor laringeo: Som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea

← →

Classificação de Risco

projetos-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar ⓘ Instruções 🗨 Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

Observando e avaliando:

**3. Respiração ineficaz:**

Quando o paciente que não consegue respirar o suficiente para manter uma oxigenação adequada.

Podem haver sinais de esforço respiratório, sinais de ventilação ineficaz ou exaustão.

Padrão respiratório ineficaz: dispnéia com fadiga muscular, cianose intensa, dificuldade respiratória não conseguindo falar frases completas

← →

Classificação de Risco

projetos-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar ⓘ Instruções 🗨 Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

Observando e avaliando:

**4. Circulação:**

- ✓ Ausência de pulso durante a palpação por 5 segundos do pulso central indica PCR.
- ✓ Observar **sinais de choque** (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado a sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência).
- ✓ Presença de hemorragia: na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida.
- ✓ Alterações na temperatura corporal

Sinais de Choque: palidez cutânea intensa, sudorese fria, PAS  $\leq$  80 mmHg, FC  $\geq$  160 bpm ou bradicardia (FC  $\leq$  50 bpm)

← →



Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

### 3º Passo: Avaliação da dor

Esta avaliação é realizada através Escalas Visuais Analógicas (EVA) associada a pelo menos uma alteração de sinais vitais.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Azul	Verde	Amarelo	Laranja							
Sem Dor	Dor Leve	Dor Moderada	Dor Intensa							

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ausência de dor, atividades normais, leve desconforto	Dor leve, não atrapalha as atividades normais. Pouca limitação			Dor moderada, causa dificuldades, não realiza algumas atividades			Dor forte ou incapacitante, não realiza atividades habituais, causa desconforto			

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

## AVALIAÇÃO DA DOR

### Dicas de como abordar a paciente:

- Você tem dor?
- Como você classifica sua dor? (Deixe a paciente falar livremente, faça observações na ficha de CR sobre o que ela falar)

**Observação:**

- Se não tiver dor, a classificação é zero.
- Se a dor for leve, seu nível de referência é de 1 a 3.
- Se a dor for moderada seu nível de referência é de 4 a 6
- Se for intensa, seu nível de referência é de 7 a 10 (dor máxima=10 será considerada laranja na CR pois não representa risco de morte imediato)

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria



### 4º Passo: Avaliação secundária:

referem-se aos demais sinais e sintomas que não representam risco iminente de morte ou agravo.

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**5º Passo: Avaliar a presença de fatores de RISCO CLÍNICO ou de trauma.**

**FATORES DE RISCO CLÍNICO**

- ✓ Comorbidades (DM, HAS, ICC, asma)
- ✓ Pacientes Imunodeprimidos (HIV, ICC, IRC, DM)
- ✓ Uso de medicamentos imunossupressores
- ✓ Intoxicação por drogas/produtos químicos/venenos de alta letalidade
- ✓ Pacientes em quimioterapia
- ✓ Eventos anteriores graves que exigiram internações imediatas
- ✓ Sinais vitais alterados com história progressiva de IAM e AVCE
- ✓ Idade avançada
- ✓ Sensibilidade conhecida com reações graves (alergias)

Para parâmetros de sinais vitais veja anexo 2!

← →

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**5º Passo: Avaliar a presença de fatores de risco clínicos ou de TRAUMA.**

**MECANISMOS DE TRAUMA GRAVE**

- ✓ Quedas de altura superior a seis metros
- ✓ Acidente automobilístico com ejeção do veículo
- ✓ Acidente automobilístico com capotamento
- ✓ Acidente automobilístico com tempo de resgate superior a 20 minutos
- ✓ Acidente automobilístico com intrusão significante do compartimento do motorista e/ou passageiro
- ✓ Acidente automobilístico com óbito no mesmo compartimento motorista/passageiro
- ✓ Acidente automobilístico com impacto frontal em velocidade > ou igual a 40 km/h (sem cinto de segurança ou em velocidade > 60 km/h com cinto de segurança com impacto de carro maior que 50 km/h especialmente quando o motociclista é separado da motocicleta
- ✓ Atropelamento de pedestre ou ciclista numa velocidade maior de 10 km/h
- ✓ Queda de altura > que 3 vezes a altura da vítima

← →

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**6º Passo: Encaminhar a área de atendimento de acordo com a classificação e fluxo pré-estabelecido pelo serviço/unidade.**

Realizada a avaliação inicial seguiremos para a identificação da prioridade do paciente.

← →

Classificação de Risco

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

> A identificação da prioridade de atendimento pode seguir a classificação por cores.  
 > Este protocolo apresenta 5 cores para a classificação de risco.

● VERMELHO  
 ● LARANJA  
 ● AMARELO  
 ● VERDE  
 ● AZUL

Vejamos a seguir a definição de prioridade para cada cor.

---

Classificação de risco por cores

**Classificação Vermelha**

> Atendimento nas Salas de Emergência

> São pacientes com risco iminente de morte necessitando de atendimento médico imediato.

> As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e o paciente deverá ser transportado/atendido pelo Suporte Avançado do SAMU-192.

---

Classificação de risco por cores

**Classificação Laranja**

> Atendimento nas Salas de Emergência

> São pacientes com potencial risco de agravo necessitando de atendimento médico imediato e assistência de enfermagem contínua.

> As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e o paciente deverá ser transportado/atendido pela Ambulância de Suporte Avançado do SAMU-192

The image displays three sequential screenshots of a web browser showing a presentation on risk classification. The browser address bar shows the URL `projetos-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php`. The page title is "Classificação de Risco". The navigation menu includes "Sobre", "Classificar", "Instruções", and "Contatos". The presentation content is as follows:

**Classificação de risco por cores**

**Classificação Amarelo**

- > São pacientes que necessitam de atendimento médico mediato podendo ser atendidos nos consultórios médicos do pronto atendimento.
- > O transporte /atendimento geralmente será feito pela Ambulância de Suporte Básico do SAMU-192

**Classificação de risco por cores**

**Classificação Verde**

- > Por definição são pacientes sem risco iminente de morte ou de agravo. Serão atendidos nos prontos atendimentos por ordem de chegada ou referenciados para as Unidades Básicas de Saúde desde que tenham a garantia do atendimento.

**Classificação de risco por cores**

**Classificação Azul**

- > São as demandas por procedimentos não médicos como:
  - ✓ Curativos;
  - ✓ Troca de sondas;
  - ✓ Administração de medicamentos;
  - ✓ Atendimento a casos crônicos/agendamentos.

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**EM SEGUIDA VEREMOS A APRESENTAÇÃO DOS FLUXOGRAMAS E SEUS DESCRITORES.**

Segundo o Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem elaborado pelo COREN-SP, " Fluxograma é a representação esquemática do fluxo de informações e ações sobre determinado processo que subsidia a avaliação e a tomada de decisão sobre determinado assunto."

"É a representação esquemática de um protocolo. Fluxogramas, para serem de compreensão fácil e rápida, devem ser específicos."

Fonte: Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem; Cibele A. de M. Fimanta, "et al.", COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2016.

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**FLUXOGRAMAS**

O protocolo de Tocantins é composto por 8 fluxogramas, cada um com descritores/ queixas que levaram a busca pelo atendimento na unidade, cabe ao classificador, após **acolher e ouvir o paciente determinar o fluxograma a seguir** através do descritor correspondente.

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**FLUXOGRAMAS**

Fluxograma	Descritores
<b>Fluxograma 1</b> <b>Trauma e</b> <b>Acidentes com Animais Peçonhentos</b> <p>Utilize a escala de coma de Glasgow para avaliação do nível de consciência no trauma em anexo 3.</p>	1. Agressão 1. Afogamento 1. Entorço/ luxação 1. Ferimento por arma branca 1. Ferimento por arma de fogo 1. Ferimentos corto-contusos 1. Queimaduras 1. Tentativa de suicídio 1. Trauma abdominal/pélvico 1. Trauma cervico-lombar 1. Trauma de crânio encefálico 1. Trauma de face 1. Trauma de MMSS e MMII 1. Trauma múltiplo 1. Trauma ocular 1. Trauma torácico 1. Acidentes por animais peçonhentos

Para avaliação das queimaduras utilize anexo 1!

Classificação de Risco x

projets-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**FLUXOGRAMAS**

Fluxograma	Descritores
Fluxograma 2 Alterações circulatórias e respiratórias	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Bateadeira</li> <li>2. Crise de asma</li> <li>2. Dor atribuída ao coração</li> <li>2. Dor de garganta</li> <li>2. Dor torácica/ sensação de aperto no peito</li> <li>2. Escarro com sangue</li> <li>2. Falta de ar/dificuldade respiratória</li> <li>2. Inchaço das pernas</li> <li>2. Mal-estar</li> <li>2. Sangramento nasal</li> <li>2. Síncope</li> <li>2. Tosse</li> </ul>

← →

Classificação de Risco x

projets-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**FLUXOGRAMAS**

Fluxograma	Descritores
Fluxograma 3 Queixas gastrointestinais e envenenamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Constipação/obstipação/fezes duras</li> <li>3. Diarréia</li> <li>3. Dor/ cólicas abdominais</li> <li>3. Evacuando sangue/ fezes escuras</li> <li>4. Intoxicação alimentar</li> <li>3. Intoxicação exógena</li> <li>3. Náuseas e vômitos</li> <li>3. Problemas dentários</li> <li>3. Vômito com sangue</li> </ul>

← →

Classificação de Risco x

projets-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**FLUXOGRAMAS**

Fluxograma	Descritores
Fluxograma 4 Queixas renais e gênito urinários	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Corrimento, prurido genital</li> <li>4. Dor escrotal</li> <li>4. Dor ou dificuldade para urinar</li> <li>4. Ferida no pênis</li> <li>4. Problemas menstruais</li> <li>4. Urina com sangue</li> </ul>

← →

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**FLUXOGRAMAS**

Déficit neurológico novo: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros, retenção urinária aguda, liberação aguda de esfíncteres

Fluxograma	Descritores
<b>Fluxograma 5</b> Alterações neurológicas e/ou comportamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>5.Alteração de comportamento, ansiedade</li> <li>5.Convulsão</li> <li>5.Dor de cabeça</li> <li>5.Fala enrolada (disfasia, afasia, disartria)</li> <li>5.Febre ou hipotermia</li> <li>5.Paralisia, formigamento, hemiplegia</li> <li>5.Passando mal</li> <li>5.Overdose e envenenamento</li> <li>5.Rigidez de nuca, muscular</li> <li>5.Vertigem, perda de equilíbrio</li> </ul>

← →

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**FLUXOGRAMAS**

Sinais de desidratação: língua seca, olhos encovados, pele com turgor pastoso.

Fluxogramas	Descritores
<b>Fluxograma 6</b> Alterações metabólicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>6.Câimbras</li> <li>6.Desidratação</li> <li>6.Desmaio</li> <li>6.Fraqueza</li> <li>6.História de diabetes</li> <li>6.Sede excessiva, urinando muito</li> </ul>

Pacientes com história de DM: realizar glicemia.

← →

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

**FLUXOGRAMAS**

Sinais de toxemia: febre, tremores, hipotensão, má perfusão.

Fluxograma	Descritores
<b>Fluxograma 7</b> Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>7.Abscessos, infecções locais</li> <li>7.Bolhas na pele, gás subcutâneo</li> <li>7.Dores articulares</li> <li>7.Dor lombar</li> <li>7.Dores musculares</li> <li>7.Edema generalizado</li> <li>7.Feridas</li> <li>7.Manchas na pele/ Petéquias</li> <li>7.Picadas por animais peçonhentos</li> <li>7.Produtos tóxicos*</li> <li>7.Prurido generalizado</li> <li>7.Rash cutâneo</li> </ul>

← →

The figure consists of three vertically stacked screenshots of a web browser displaying the 'Protocolo de ACCR' document. The browser address bar shows 'projetos-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php'. The page has a navigation menu with 'Apresentação', 'Protocolo de ACCR', 'Anexos', and 'Autoria'. The 'Protocolo de ACCR' tab is active.

**FLUXOGRAMAS**

Fluxograma	Descritores
Fluxograma 8 Queixas odontológicas, oculares e otológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>s. Corpo estranho nos olhos</li> <li>s. Diminuição na acuidade visual</li> <li>s. Corpo estranho no ouvido</li> <li>s. Dor de dente</li> <li>s. Dor de ouvido</li> <li>s. Dor nos olhos</li> <li>s. Olho vermelho</li> <li>s. Sensação de ouvido tampado</li> <li>s. Visão dupla</li> <li>s. Zumbidos</li> </ul>

**PROTOCOLOS ESPECIAIS**

Trata-se de protocolos em vigência nos serviços de saúde municipal ou estadual, estabelecendo fluxos e tratamentos específicos para os casos descritos abaixo.

- > Acidentes com materiais biológicos
- > Vítimas de violência sexual
- > Protocolo de exposição sexual
- > Doenças emergentes

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este material foi elaborado cuidadosamente, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Política de Urgência e Emergência.

O processo de condução (implantação, monitoramento e avaliação) do protocolo, bem como a formação dos profissionais nos serviços é realizado pelo Colegiado Estadual Gestor de Acolhimento e Classificação de Risco

Fonte: Colegiado Estadual Gestor de Acolhimento e Classificação de Risco de Torantim, 2017.

Figura 6. Protocolo de ACCR.



Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

### Anexo 1: classificação das queimaduras quanto a profundidade.

Avaliação das queimaduras segundo profundidade		
Grau	Profundidade	Sinais
Primeiro	Lesões apenas na epiderme	Eritema
Segundo	Lesões na epiderme e parte da derme	Eritema + bolha
Terceiro	Lesões na epiderme e derma	Branca nacarada

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

### Anexo 1: classificação das queimaduras

AVALIAÇÃO DAS QUEIMADURAS – DIAGRAMA DA QUEIMADURA – LUNDE E BROWDER									
ÁREA	0 - 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 Anos	15 anos	Adulto	2º g	3º g	Total
Cabeça	19	17	15	11	9	7			
Pescoço	2	2	2	2	2	2			
Tórax Anterior	13	13	13	13	13	13			
Tórax Posterior	13	13	13	13	13	13			
Nádegas D	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5			
Nádegas E	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5			
Genitália	1	1	1	1	1	1			
Braço D	4	4	4	4	4	4			
Braço E	4	4	4	4	4	4			
Antebraço D	3	3	3	3	3	3			
Antebraço E	3	3	3	3	3	3			
Mão D	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5			
Mão E	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5			
Coxa D	5,5	6,5	6	6,5	9	9,5			
Coxa E	5,5	6,5	6	6,5	9	9,5			
Perna D	5	5	5,5	6	6,5	7			
Perna E	5	5	5,5	6	6,5	7			
Pé D	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5			
Pé E	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5			
Total									

Classificação de Risco x

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/sobre.php

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

Apresentação Protocolo de ACCR Anexos Autoria

### Anexo 2: parâmetros de sinais vitais

Pressão Sistólica	Pressão Diastólica	Glicemia	Frequência Cardíaca
> 160 mmHg	< 111 mmHg	Glicemia capilar > 180 mg/dL ou > 10 mmol/L (sem alteração do estado mental)	< 60 bpm ou > 140 bpm
< 90 ou > 220 mmHg	> 131 mmHg	Glicemia capilar < 70 mg/dL ou < 4 mmol/L (sem alteração do estado mental)	> 140 ou < 50 bpm
141 a 200 mmHg	100 a 150 mmHg	> 200 mg/dL e 40 até 60 mg/dL	91 a 139 bpm
106 a 140 mmHg	75 a 112 mmHg	80 a 110 mg/dL	60 a 90 bpm
Frequência Respiratória	Saturação de O2	Temperatura Axilar	
< 10 e > 30	< 95% com O2	< 35°C ou > 41°C	
>= 10 até 11 e >= 31 até 32	<= 95% com O2 e <= 90% em ar ambiente	39,0 a 40,9°C ou 35 a 35,9°C	
>= 12 até 15 e >= 21 até 30	<= 95% em ar ambiente	37,5°C a 38,9°C	
>= 16 até <= 20 bpm	96 a 100%	36,0 até 37,4°C	

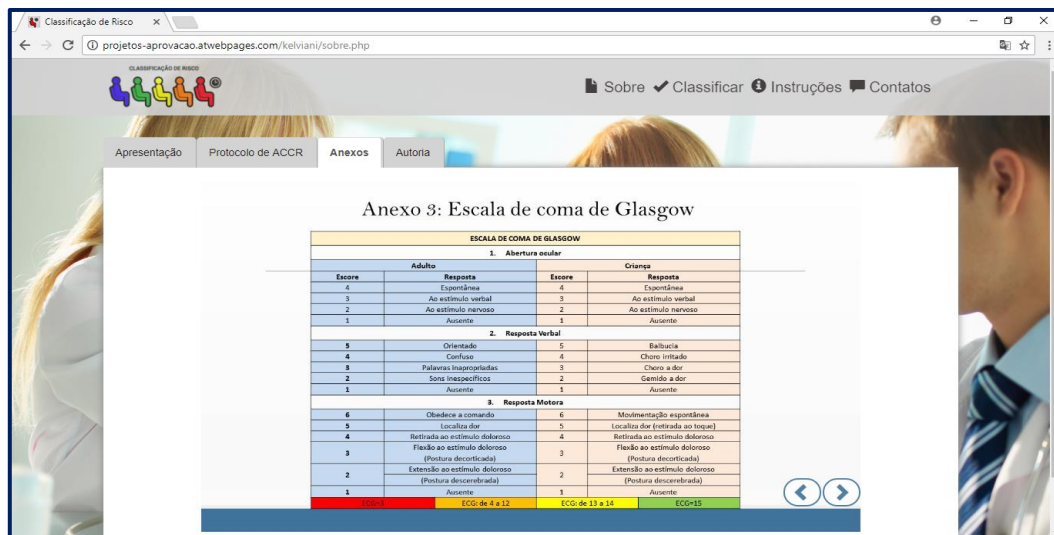


Figura 7. Anexos.

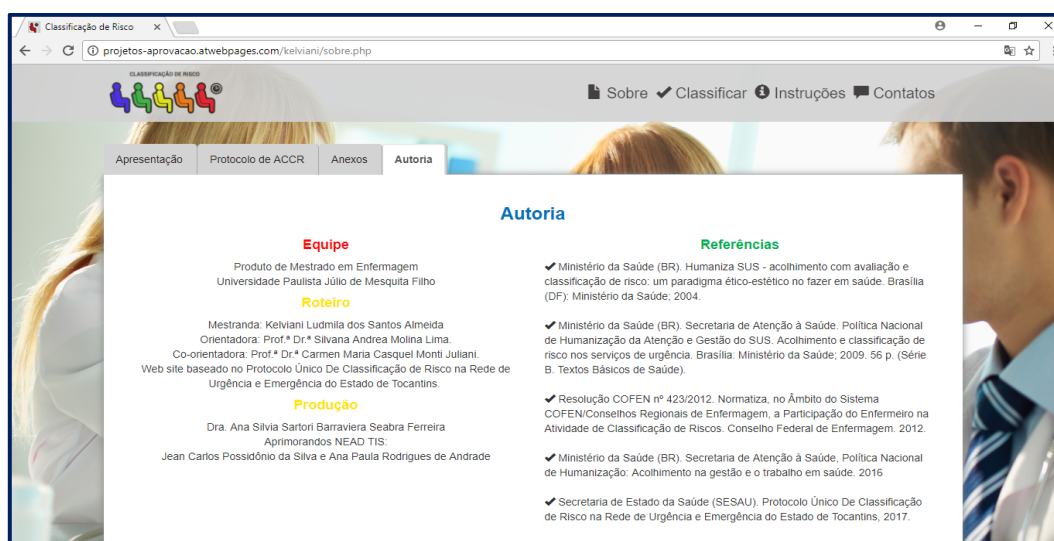


Figura 8. Autoria.

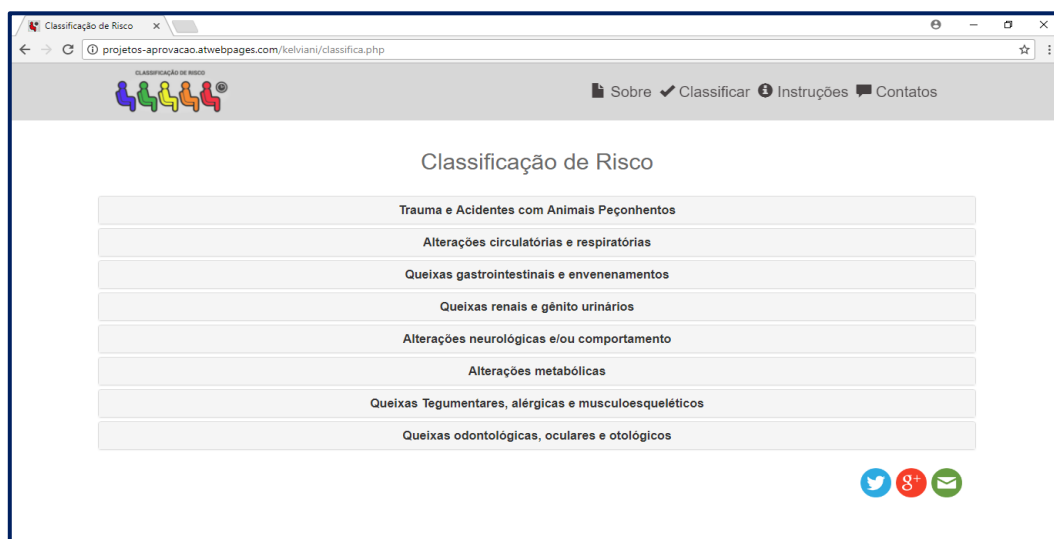


Figura 9. Classificar.

Classificação de Risco

projetos-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/classifica.php

Sobre ✓ Classificar Instruções Contatos

## Classificação de Risco

### Trauma e Acidentes com Animais Peçonhentos

Agressão	Afogamento	Entorse/luxação
Ferimento por arma branca	Ferimento por arma de fogo	Ferimentos corto-contusos
Queimaduras	Tentativa de suicídio	Trauma abdominal/pélvico
Trauma cervico-lombar	Trauma de crânio encefálico	Trauma de face
Trauma de MMSS e MMII	Trauma múltiplo	Trauma ocular
Trauma torácico	Acidentes por animais peçonhentos	

Alterações circulatórias e respiratórias

---

Foi identificada alguma das características abaixo?

- Não responde a estímulos dolorosos
- Escala de Coma de Glasgow = 3
- Comprometimento de vias aéreas/Edema de língua
- Apneia, gasping
- Ausência de pulso central
- Saturação abaixo de 89% com oxigênio
- Sinais de choque
- Hemorragia exanguinante
- Cianose intensa
- Lesão ocular química aguda

✓ SIM ✗ NÃO

---

Foi identificada alguma das características abaixo?

- Alteração do nível de consciência/estado mental
- Escala de Coma de Glasgow de 4 a 12
- Respiração ineficaz
- Saturação abaixo de 89% sem O<sub>2</sub>
- Dispnéia aguda pós trauma/edema de face/língua
- Escano carbonado, estidor laringeo
- FC > ou = 180 bpm ou menor ou igual a 55 bpm
- PA sistólica > 220 mmHg e diastólica > 110mmHg com sintomas associados
- Ferimento com sangramento ativo não controlável
- Comprometimento vascular severo (sem pulso extremidades)
- Dor intensa (7 a 10/10) acompanhada de outros sinais/sintomas
- Dor/prurido intensos
- Evisceração
- Amputação traumática
- Queimaduras de 2º/3º grau com mais de 20% SCQ
- Queimaduras de 3º grau em mãos, face, pescoço, axila e perineo e pés
- Choque ou queimaduras por alta tensão
- Veneno com alta potência para causar danos
- Inchaço difuso na face
- Temperatura axilar abaixo ou igual a 35,9°C

✓ SIM ✗ NÃO

Alterações circulatórias e respiratórias

The image displays three sequential screenshots of a web application titled "Classificação de Risco" (Risk Classification). The application is accessed via the URL "projetos-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/classifica.php".

**First Screenshot:** A dialog box asks "Foi identificada alguma das características abaixo?" (Were any of the characteristics below identified?). The list includes:

- Mecanismo de trauma grave\*
- Escala de Coma de Glasgow entre 13 a 14
- Risco moderado de se agredir e agredir a outros
- Saturação de O<sub>2</sub> de 90% a 96% em ar ambiente
- FC: 90 a 179 bpm ou 56 a 59 bpm
- PA sistólica 150 a 219 mmHg e diastólica < 100mmHg
- Ferimento com sangramento ativo controlável
- Temperatura axilar de 38,50C a 40,90C
- Fratura exposta sem sangramentos ativo
- Trauma direto no pescoço
- Queimaduras de 2o grau entre 10% e 19% SCQ
- Incapacidade de andar
- Dor ou prurido moderados (EVA 4-6/10)
- Erupções secretantes ou bolhosas em mais de 10% do corpo
- Veneno com moderada potência de causar danos

Buttons: SIM (checked), NÃO.

**Second Screenshot:** A dialog box asks "Foi identificada alguma das características abaixo?". The list includes:

- Edema leve
- Dor leve (EVA 1-3/10)
- Ferimentos superficiais, escoriações
- Temperatura axilar entre 37,60C a 38,40C
- Queimaduras de 1o grau
- Infamação/Infecção local

Buttons: SIM (checked), NÃO.

**Third Screenshot:** A dialog box asks "Foi identificada alguma das características abaixo?". The list includes:

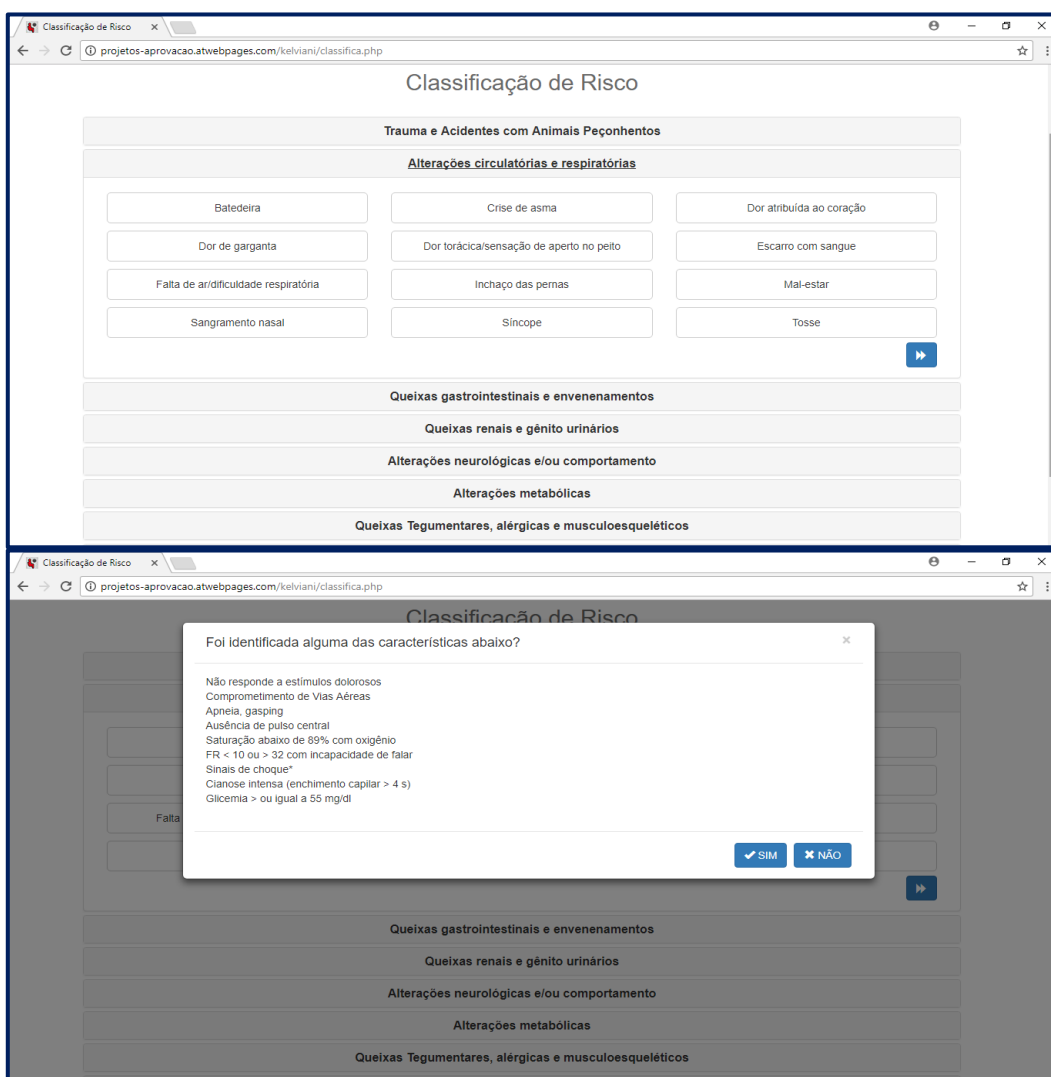
- Troca de curativos
- Retirada de pontos
- Solicitação de atestado médico

Button: Finalizar.

The background of all screenshots shows a grid of buttons for various medical conditions, including: Trauma torácico, Acidentes por animais peçonhentos, Queimaduras, Tentativa de suicídio, Trauma abdominal/pélvico, Trauma cervico-lombar, Trauma de crânio encefálico, Trauma de face, Trauma de MMSS e MMII, Trauma múltiplo, Trauma ocular, and Trauma torácico. A section titled "Alterações circulatórias e respiratórias" is also visible.



Figura 10. Fluxograma de trauma e acidentes com animais peçonhentos.



Classificação de Risco

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/classifica.php

Foi identificada alguma das características abaixo?

Alteração do nível de consciência/estado mental (confusão, letargia)  
 FR > 32 articulando frases entrecortadas  
 Saturação abaixo de 89% sem O2  
 FC > ou = 180 bpm ou < ou = 55 bpm  
 PA sistólica > 220 mmHg e diastólica > 110mmHg com sintomas associados  
 Epistaxe com PA  $\geq$  180/110  
 Dor cardíaca/recorrente\*  
 Dor intensa (7 a 10/10) associada a outros sintomas  
 Temperatura axilar = > 41oC ou < = 35,9oC  
 História de overdose ou envenenamento

✓ SIM ✗ NÃO

Queixas gastrointestinais e envenenamentos

Queixas renais e gênito urinários

Alterações neurológicas e/ou comportamento

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticos

---

Classificação de Risco

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/classifica.php

Foi identificada alguma das características abaixo?

Perda de consciência relatada por testemunha ou paciente não se lembra do incidente  
 Dispnéia leve/moderada, consegue falar frases mais longas  
 FR entre 19 - 31 articulando frases completas  
 Saturação de O2 de 90% a 96% em ar ambiente  
 FC: 90 a 179 bpm ou 56 a 59 bpm  
 PA sistólica 150 a 219 mmHg e diastólica < 100mmHg  
 Epistaxe com PA < 180/110  
 Temperatura axilar de 38,5oC a 40,9oC  
 Dor moderada 4 a 6/10  
 Edema moderado/intenso em pernas e tornozelos  
 História cardíaca importante

✓ SIM ✗ NÃO

Queixas gastrointestinais e envenenamentos

Queixas renais e gênito urinários

Alterações neurológicas e/ou comportamento

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticos

---

Classificação de Risco

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/classifica.php

Foi identificada alguma das características abaixo?

Obstrução nasal com secreção amarelada  
 Sintomas gripais

Finalizar

Dor de garganta

Dor torácica/sensação de aperto no peito

Escarro com sangue

Falta de ar/dificuldade respiratória

Inchaço das pernas

Mal-estar

Sangramento nasal

Síncope

Tosse

Queixas gastrointestinais e envenenamentos

Queixas renais e gênito urinários

Alterações neurológicas e/ou comportamento

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticos

Classificação de Risco

**Classificação Verde**

Batedeira	Crise de asma	Dor atribuída ao coração
Dor de garganta	Dor torácica/sensação de aperto no peito	Escarro com sangue
Falta de ar/dificuldade respiratória	Inchaço das pernas	Mal-estar
Sangramento nasal	Síncope	Tosse

Queixas gastrointestinais e envenenamentos

Queixas renais e gênito urinários

Alterações neurológicas e/ou comportamento

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticas

Figura 11. Fluxograma de queixas circulatórias e respiratórias.

Classificação de Risco

Trauma e Acidentes com Animais Peçonhentos

Alterações circulatórias e respiratórias

Queixas gastrointestinais e envenenamentos

Constipação/obstipação/fezes duras	Diarréia	Dor/cólicas abdominais
Evacuando sangue/fezes escuras	Intoxicação alimentar	Intoxicação exógena
Náuseas e vômitos	Problemas dentários	Vômito com sangue

Queixas renais e gênito urinários

Alterações neurológicas e/ou comportamento

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticas

Queixas odontológicas, oculares e otológicas

Foi identificada alguma das características abaixo?

- Não responde a estímulos dolorosos
- Convulsionando
- Comprometimento de Vias Aéreas
- Apneia, gasping
- Saturação abaixo de 89% com oxigênio
- Estridor laringeo ou dificuldade de falar
- Ausência de pulso central
- Sinais de choque
- Cianose intensa (enchimento capilar acima de 4 segundos)
- Edema facial ou de língua

SIM NÃO

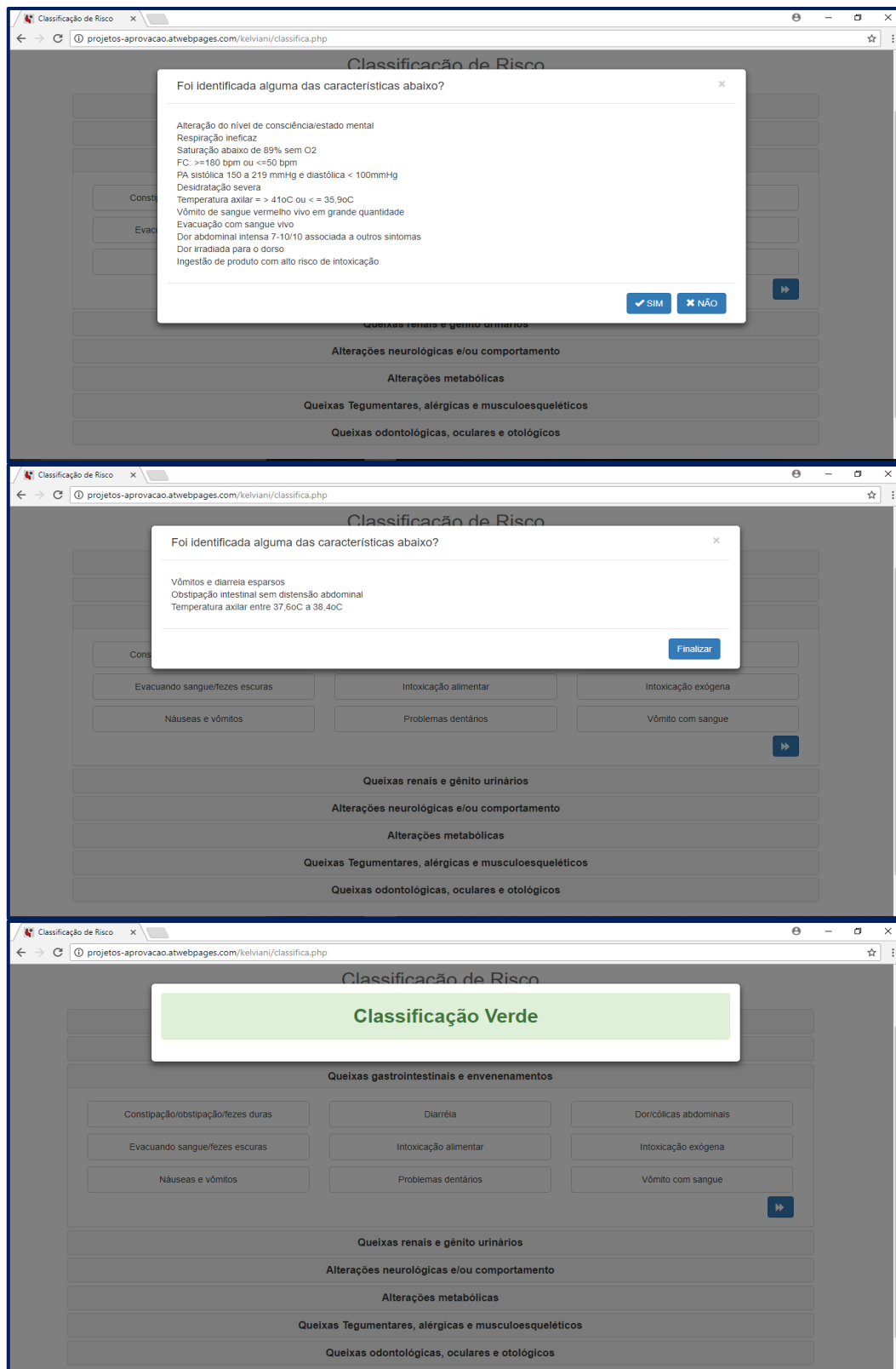


Figura 12. Fluxograma de queixas gastrointestinais e envenenamentos.



Classificação de Risco

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/classifica.php

Classificação de Risco

Trauma e Acidentes com Animais Peçonhentos

Alterações circulatórias e respiratórias

Queixas gastrointestinais e envenenamentos

Queixas renais e gênto urinários

Corrimento, prurido genital

Dor escrotal

Dor ou dificuldade para urinar

Ferida no pênis

Problemas menstruais

Urina com sangue

Alterações neurológicas e/ou comportamento

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticos

Queixas odontológicas, oculares e otológicos

Foi identificada alguma das características abaixo?

Comprometimento de Vias Aéreas  
Sinais de choque/desidratação intensa

SIM NÃO

Classificação de Risco

projeto-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/classifica.php

Classificação de Risco

Trauma e Acidentes com Animais Peçonhentos

Alterações circulatórias e respiratórias

Queixas gastrointestinais e envenenamentos

Queixas renais e gênto urinários

Corrimento, prurido genital

Dor escrotal

Dor ou dificuldade para urinar

Ferida no pênis

Problemas menstruais

Urina com sangue

Alterações neurológicas e/ou comportamento

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticos

Queixas odontológicas, oculares e otológicos

Foi identificada alguma das características abaixo?

Estado mental alterado (desorientação/agitação)  
Prostração, palidez cutânea ou sudorese  
Respiração ineficaz  
Saturação abaixo de 89% sem O2  
FC > ou= 180 bpm ou < ou= 55 bpm  
PA sistólica > 220 mmHg e diastólica > 110mmHg com sintomas associados  
Temperatura axilar = > 41°C  
Dor em cólica Intensa (7-10/10 associada a outros sintomas)  
Retenção urinária aguda com bexigoma  
Gangrena escroto  
Anasarca  
Priapismo (ereção peniana sustentada)

SIM NÃO

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticos

Queixas odontológicas, oculares e otológicos

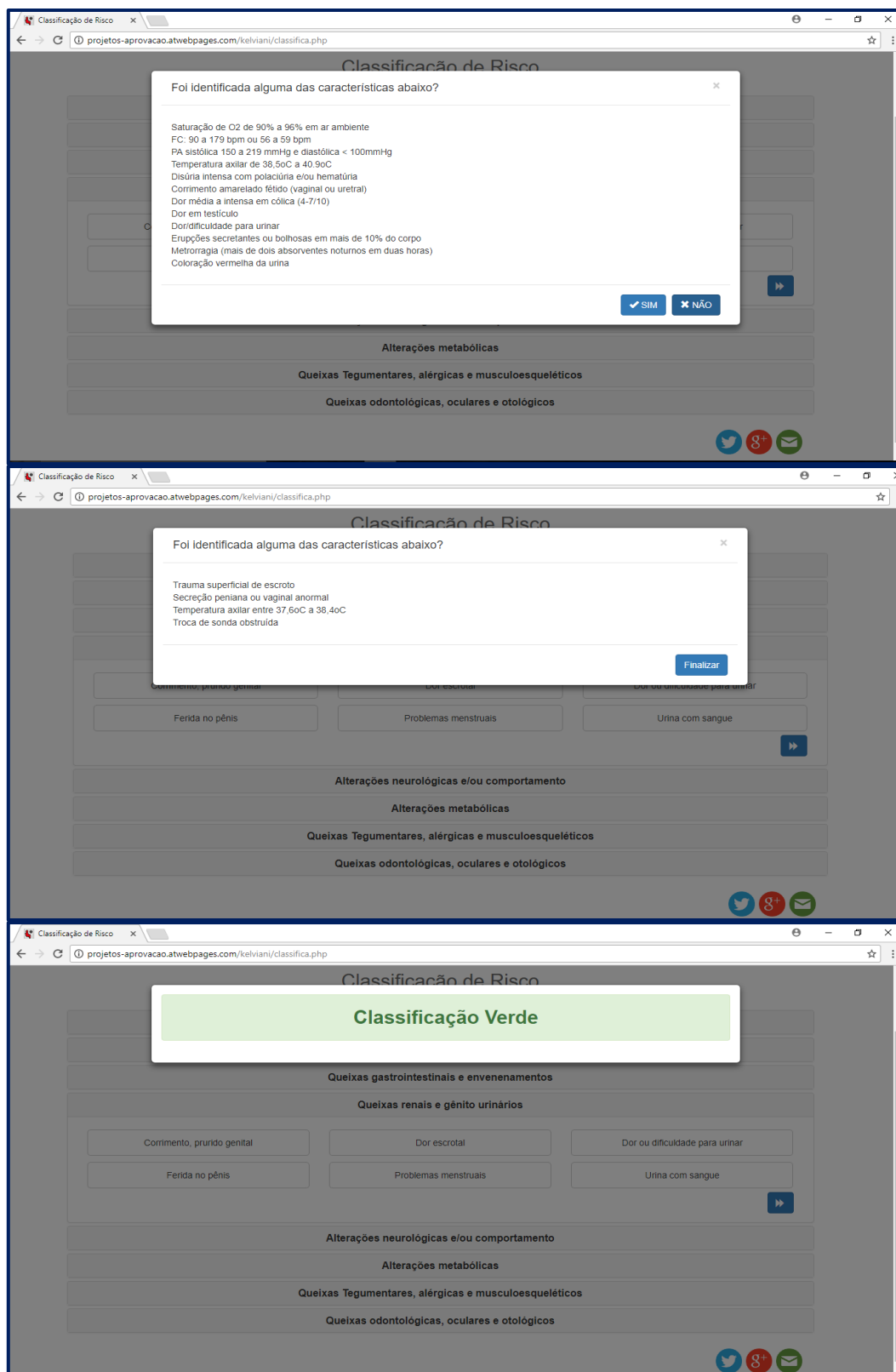


Figura 13. Fluxograma de queixas renais, geniturinários e DST's.

Classificação de Risco

Trauma e Acidentes com Animais Peçonhentos

Alterações circulatórias e respiratórias

Queixas gastrointestinais e envenenamentos

Queixas renais e gênito urinários

Alterações neurológicas e/ou comportamento

Alteração de comportamento, ansiedade

Convulsão

Dor de cabeça

Fala enrolada (disfasia, afasia, disartria)

Febre ou hipotermia

Paralisia, formigamento, hemiplegia

Passando mal

Overdose e envenenamento

Rigidez de nuca, muscular

Vertigem, perda de equilíbrio

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticos

Classificação de Risco

Foi identificada alguma das características abaixo?

Não responde a estímulos dolorosos  
Comprometimento de Vias Aéreas  
Convulsão em atividade  
Glicemia capilar < 55 (LO) OU > 500 mg/dl (HI)

SIM NÃO

Alterações neurológicas e/ou comportamento

Alteração de comportamento, ansiedade

Convulsão

Dor de cabeça

Fala enrolada (disfasia, afasia, disartria)

Febre ou hipotermia

Paralisia, formigamento, hemiplegia

Passando mal

Overdose e envenenamento

Rigidez de nuca, muscular

Vertigem, perda de equilíbrio

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticos

Classificação de Risco

Foi identificada alguma das características abaixo?

Alteração súbita do estado mental (torporoso, comatoso) com ou sem história do uso de álcool/drogas, abstinência alcoólica  
Déficit neurológico agudo (paresia, plegia, disfasia, afasia, ataxia, paralisia facial)  
Sinais de meningismo (rigidez de nuca, fotofobia, dor de cabeça)  
Pós-comicial e torporoso/comatoso  
Saturação abaixo de 89% sem O2  
PA sistólica > 220 mmHg e diastólica > 110mmHg com sintomas associados  
FC: >=180bpm ou <=55bpm  
Distúrbio súbito de equilíbrio associado a náuseas e vômitos  
Febre muito alta > 41 oC  
Glicemia > 250 mg/dl ou/e sinais de acidose\*  
Hipotermia (Ta < 35oC)  
Alto risco de agredir outros  
Potencial suicida / homicida  
Quadro depressivo grave  
Dor de cabeça intensa de início súbito (7-10'10) associada a outros sinais e sintomas

SIM NÃO

Alterações neurológicas e/ou comportamento

Alteração de comportamento, ansiedade

Convulsão

Dor de cabeça

Fala enrolada (disfasia, afasia, disartria)

Febre ou hipotermia

Paralisia, formigamento, hemiplegia

Passando mal

Overdose e envenenamento

Rigidez de nuca, muscular

Vertigem, perda de equilíbrio

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticos

Classificação de Risco

projetos-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/classifica.php

Foi identificada alguma das características abaixo?

- Saturação de O<sub>2</sub> de 90% a 96% em ar ambiente
- FC: 90 a 179 bpm ou 56 a 59 bpm
- PA sistólica 150 a 219 mmHg e diastólica < 100mmHg
- Temperatura axilar de 38,5°C a 40,9°C
- Vômitos e diarreia persistentes sem sinais de desidratação
- Feces enegrecidas ou em grosselha
- Dor moderada (4-7/10)
- História aguda de vômito de sangue
- Intoxicação alimentar

SIM  NÃO

Queixas renais e gênito urinários

Alterações neurológicas e/ou comportamento

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticos

Queixas odontológicas, oculares e otológicas

Classificação de Risco

projetos-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/classifica.php

Foi identificada alguma das características abaixo?

- Perda de consciência relatada por testemunha ou paciente não se lembra do incidente
- Alteração do nível de consciência atribuível ao álcool, abstinência
- Déficit neurológico novo com menos de 24 horas
- Pós comicial alerta
- Saturação de O<sub>2</sub> de 90% a 96% em ar ambiente
- PA sistólica 150 a 219 mmHg e diastólica < 100mmHg
- FC: de 90 a 179 bpm ou de 56 a 59 bpm
- Vertigem, tonteira rotatória
- Temperatura axilar de 38,5°C a 40,9°C
- Dor de cabeça moderada (4-7/10)
- Alteração de sensibilidade na face
- Depressão de moderada repetitiva
- Risco moderado de agredir outros
- Risco moderado de autoagressão
- História psiquiátrica

SIM  NÃO

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticos

Classificação de Risco

projetos-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/classifica.php

Foi identificada alguma das características abaixo?

- Humor deprimido
- Gesticulando, mas não agitado
- Febre baixa 37,6°C a 38,4°C

SIM  NÃO

Alterações neurológicas e/ou comportamento

Alteração de comportamento, ansiedade

Convulsão

Dor de cabeça

Fala enrolada (disfasia, afasia, disartria)

Febre ou hipotermia

Paralisia, formigamento, hemiplegia

Passando mal

Overdose e envenenamento

Rigidez de nuca, muscular

Vertigem, perda de equilíbrio

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticos

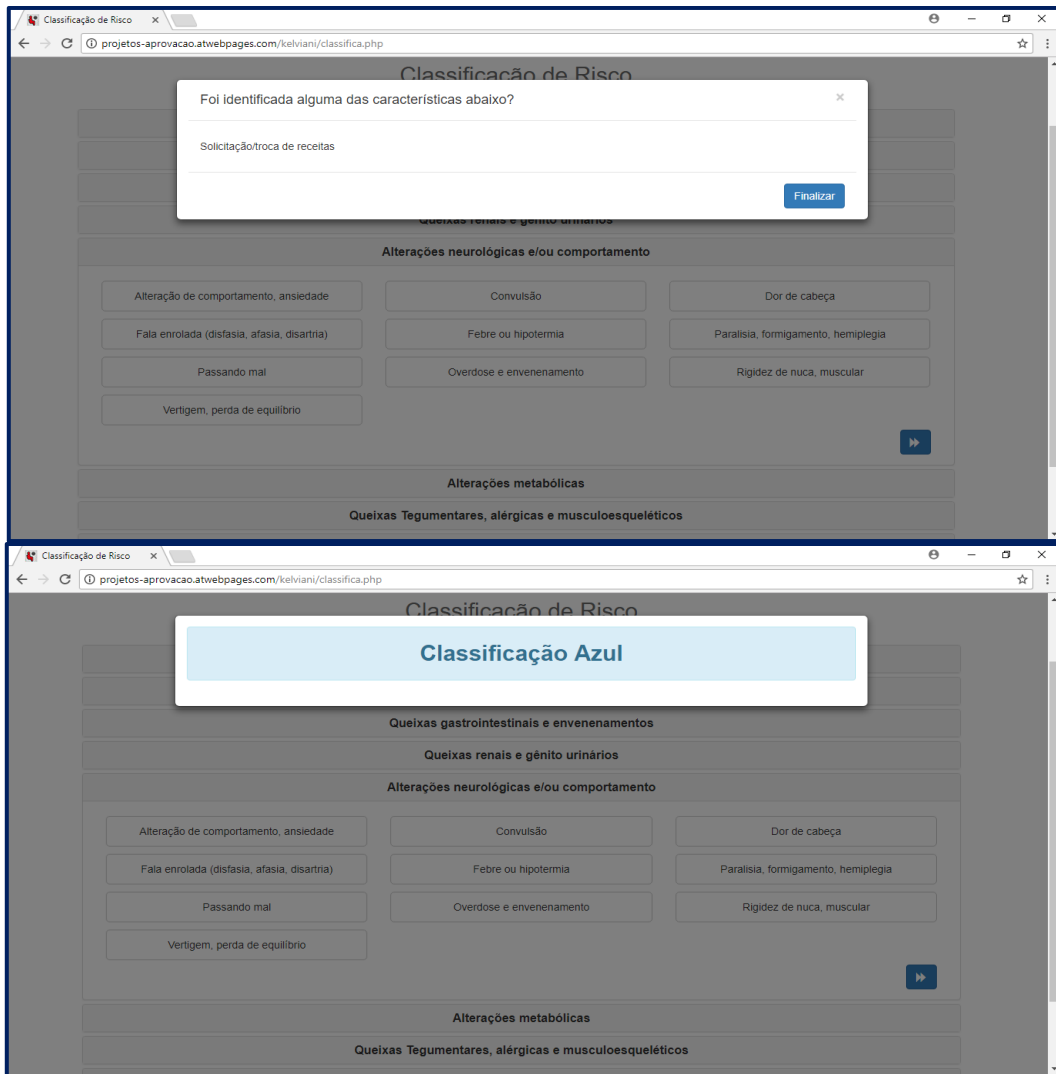
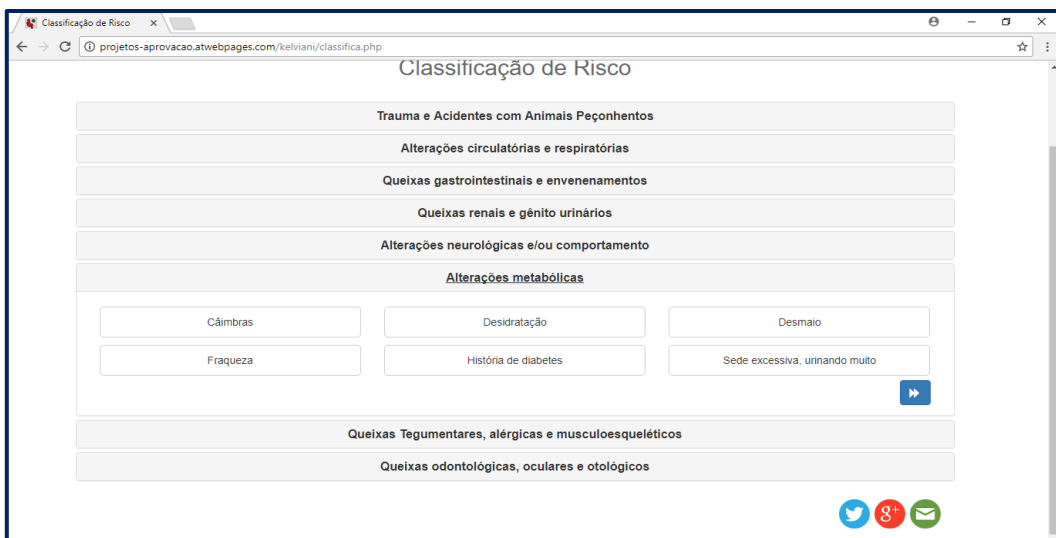


Figura 14. Fluxograma de alterações neurológicas e de comportamento.



Classificação de Risco

Foi identificada alguma das características abaixo?

- Não responde a estímulos dolorosos
- Em crise convulsiva
- Comprometimento de Vias Aéreas
- Apneia gasping
- Saturação abaixo de 89% com oxigênio
- Glicemia capilar < 50 (LO) OU > 500 mg/dl (HI)
- Ausência de pulso central
- Sinais de choque

✓ SIM ✗ NÃO

Câmbrias Desidratação Desmaio

Fraqueza História de diabetes Sede excessiva, urinando muito

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticas

Queixas odontológicas, oculares e otológicas

Classificação de Risco

Foi identificada alguma das características abaixo?

- Letargia, confusão mental
- Respiração ineficaz (Cianose intensa, dispnéia intensa, com fadiga muscular)
- Saturação abaixo de 89% sem O<sub>2</sub>
- FR < 10 ou > 32
- FC > ou = 180 bpm ou < ou = 55 bpm
- PA sistólica > 220 mmHg e diastólica > 110mmHg com sintomas associados
- Glicemia > 250 com sinais de desidratação\*
- Epistaxe com PA > 180/110
- Temperatura axilar = > 41oC ou < = 35,9oC

✓ SIM ✗ NÃO

Fraqueza História de diabetes Sede excessiva, urinando muito

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticas

Queixas odontológicas, oculares e otológicas

Classificação de Risco

Foi identificada alguma das características abaixo?

- Desorientação mental
- FR entre 19 - 31 articulando frases completas
- Saturação de O<sub>2</sub> de 90% a 96% em ar ambiente
- FC: 90 a 179 bpm ou 56 a 59 bpm
- PA sistólica 150 a 219 mmHg e diastólica < 100mmHg
- Epistaxe com PA < 180/110
- Glicemia > 250 mg/dl ou/e sinais de acidose\*
- Sudorese profusa (hipoglicemia < 55mg/dl)
- Poliúpsia (sede excessiva)
- Temperatura axilar de 38,5oC a 40,9oC
- Edema moderado/intenso em pernas e tornozelos

✓ SIM ✗ NÃO

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticas

Queixas odontológicas, oculares e otológicas

The figure consists of three vertically stacked screenshots of a web browser displaying a risk classification tool. The browser's address bar shows the URL: `projetos-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/classifica.php`.

**Top Screenshot:** The page title is "Classificação de Risco". A modal dialog box is open with the question "Foi identificada alguma das características abaixo?". The list of characteristics includes: "Tontura, fraqueza", "Glicemia  $\geq 130$  e  $\leq 250$  assintomático", and "Câimbras". There are two buttons: "SIM" (checked) and "NÃO".

**Middle Screenshot:** The same page is shown, but the dialog box now only contains "Troca de receitas" and a "Finalizar" button. The "Alterações metabólicas" section is visible below, containing buttons for "Câimbras", "Desidratação", "Desmaio", "Fraqueza", "História de diabetes", and "Sede excessiva, urinando muito".

**Bottom Screenshot:** A large light blue box with the text "Classificação Azul" is centered on the screen, indicating the final result of the classification process.

Figura 15. Fluxogram de alterações metabólicas.

Classificação de Risco

Trauma e Acidentes com Animais Peçonhentos

Alterações circulatórias e respiratórias

Queixas gastrointestinais e envenenamentos

Queixas renais e gênito urinários

Alterações neurológicas e/ou comportamento

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticas

Abcessos, infecções locais	Bolhas na pele, gás subcutâneo	Dores articulares
Dor lombar	Dores musculares	Edema generalizado
Feridas	Manchas na pele/Petéquias	Picadas por animais peçonhentos
Produtos tóxicos*	Prurido generalizado	Rush cutâneo

▶

Queixas odontológicas, oculares e otológicas

Classificação de Risco

Foi identificada alguma das características abaixo?

- Não responde a estímulos dolorosos
- Comprometimento de vias aéreas
- Apneia, gasping
- Saturação abaixo de 89% com oxigênio
- Sinais de choque
- Ferimento com hemorragia exanguinante

✓ SIM ✗ NÃO

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticas

Abcessos, infecções locais	Bolhas na pele, gás subcutâneo	Dores articulares
Dor lombar	Dores musculares	Edema generalizado
Feridas	Manchas na pele/Petéquias	Picadas por animais peçonhentos
Produtos tóxicos*	Prurido generalizado	Rush cutâneo

▶

Queixas odontológicas, oculares e otológicas

Classificação de Risco

Foi identificada alguma das características abaixo?

- Letargia, confusão mental
- Respiração ineficaz (Cianose intensa, dispnéia intensa, com fadiga muscular)
- Saturação abaixo de 89% sem O<sub>2</sub>
- FC > ou = 180 bpm ou menor ou igual a 55 bpm
- PA sistólica > 220 mmHg e diastólica > 110mmHg com sintomas associados
- Sangramentos espontâneos
- Dor intensa (7-10/10)
- Temperatura axilar = > 41°C ou < = 35,9°C
- Desidratação severa
- Toxemia (cianose, taquicardia), prostrado
- Prurido generalizado, intenso
- Contato com produtos químicos de alta letalidade
- Ferimento com sangramento intenso controlável

✓ SIM ✗ NÃO

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticas

Abcessos, infecções locais	Bolhas na pele, gás subcutâneo	Dores articulares
Dor lombar	Dores musculares	Edema generalizado
Feridas	Manchas na pele/Petéquias	Picadas por animais peçonhentos
Produtos tóxicos*	Prurido generalizado	Rush cutâneo

▶

Queixas odontológicas, oculares e otológicas



Classificação de Risco

projetos-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/classifica.php

**Classificação de Risco**

Foi identificada alguma das características abaixo?

- Pressão arterial convergente (diferencial menor que 20)
- Saturação de O<sub>2</sub> de 90% a 96% em ar ambiente
- FC: de 90 a 179 bpm ou de 56 a 59 bpm
- PA sistólica 150 a 219 mmHg e diastólica menor que 100mmHg
- Presença de Petéquias
- Temperatura axilar de 38,50C a 40,90C
- Erupções secretantes ou bolhosas em mais de 10% do corpo
- Abscessos com sinais flogísticos
- Contato com pesticidas e organofosforados
- Dor e prurido generalizados
- Dor articular com limitação de movimentos
- Mialgia associada a outros sinais e sintomas
- Risco de contaminação contínua por produtos químicos
- Ferimento com sangramento moderado controlado
- Aumento da temperatura ao redor da articulação

Queixas odontológicas, oculares e otológicas

---

Classificação de Risco

projetos-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/classifica.php

**Classificação de Risco**

Foi identificada alguma das características abaixo?

- Temperatura axilar entre 37,60C a 38,40C
- Dor leve
- Abscessos sem sinais flogísticos
- Ferida infectada
- Prurido leve

**Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticas**

Abcessos, infecções locais	Bolhas na pele, gás subcutâneo	Dores articulares
Dor lombar	Dores musculares	Edema generalizado
Feridas	Manchas na pele/Petéquias	Picadas por animais peçonhentos
Produtos tóxicos*	Prurido generalizado	Rush cutâneo

**Alterações neurológicas e/ou comportamento**

**Alterações metabólicas**

**Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticas**

Abcessos, infecções locais	Bolhas na pele, gás subcutâneo	Dores articulares
Dor lombar	Dores musculares	Edema generalizado
Feridas	Manchas na pele/Petéquias	Picadas por animais peçonhentos
Produtos tóxicos*	Prurido generalizado	Rush cutâneo

**Queixas odontológicas, oculares e otológicas**

Classificação de Risco

**Classificação Azul**

Queixas gastrointestinais e envenenamentos

Queixas renais e gênito urinários

Alterações neurológicas e/ou comportamento

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticas

Abscessos, infecções locais

Bochas na pele, gás subcutâneo

Dores articulares

Dor lombar

Dores musculares

Edema generalizado

Feridas

Manchas na pele/Peléquias

Picadas por animais peçonhentos

Produtos tóxicos\*

Prurido generalizado

Rush cutâneo

Figura 16. Fluxograma de queixas tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticas.

Classificação de Risco

Alterações circulatórias e respiratórias

Queixas gastrointestinais e envenenamentos

Queixas renais e gênito urinários

Alterações neurológicas e/ou comportamento

Alterações metabólicas

Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticas

Queixas odontológicas, oculares e otológicas

Corpo estranho nos olhos

Diminuição na acuidade visual

Corpo estranho no ouvido

Dor de dente

Dor de ouvido

Dor nos olhos

Olho vermelho

Sensação de ouvido tampado

Visão dupla

Zumbidos

Foi identificada alguma das características abaixo?

Comprometimento de Vias Aéreas

Choque

Lesão ocular química aguda

SIM NÃO

The image displays three sequential screenshots of a web application titled "Classificação de Risco" (Risk Classification). The browser address bar shows the URL "projetos-aprovacao.atwebpages.com/kelviani/classifica.php". The main heading of the page is "Alterações circulatórias e respiratórias" (Circulatory and respiratory changes). A modal dialog box is overlaid on the form, asking "Foi identificada alguma das características abaixo?" (Were any of the characteristics below identified?).

**First Screenshot:** The modal dialog lists the following characteristics:

- Respiração ineficaz (Cianose intensa, dispnéia intensa, com fadiga muscular)
- Hemorragia incontrolável
- Perda de visão nas últimas 24 horas
- Dor intensa (7-10/10)
- Olho avermelhado com história de trauma ou contato com substância química
- Temperatura axilar = > 41oC ou < = 35,9oC

The "SIM" (Yes) button is selected.

**Second Screenshot:** The modal dialog lists the following characteristics:

- Redução da acuidade visual corrigida nos últimos 7 dias
- Extração dentária recente
- Temperatura axilar de 38,5oC a 40,9oC
- Dor moderada
- Perda visual súbita ou diplopia súbita
- Vômitos contínuos
- Presença de corpo estranho

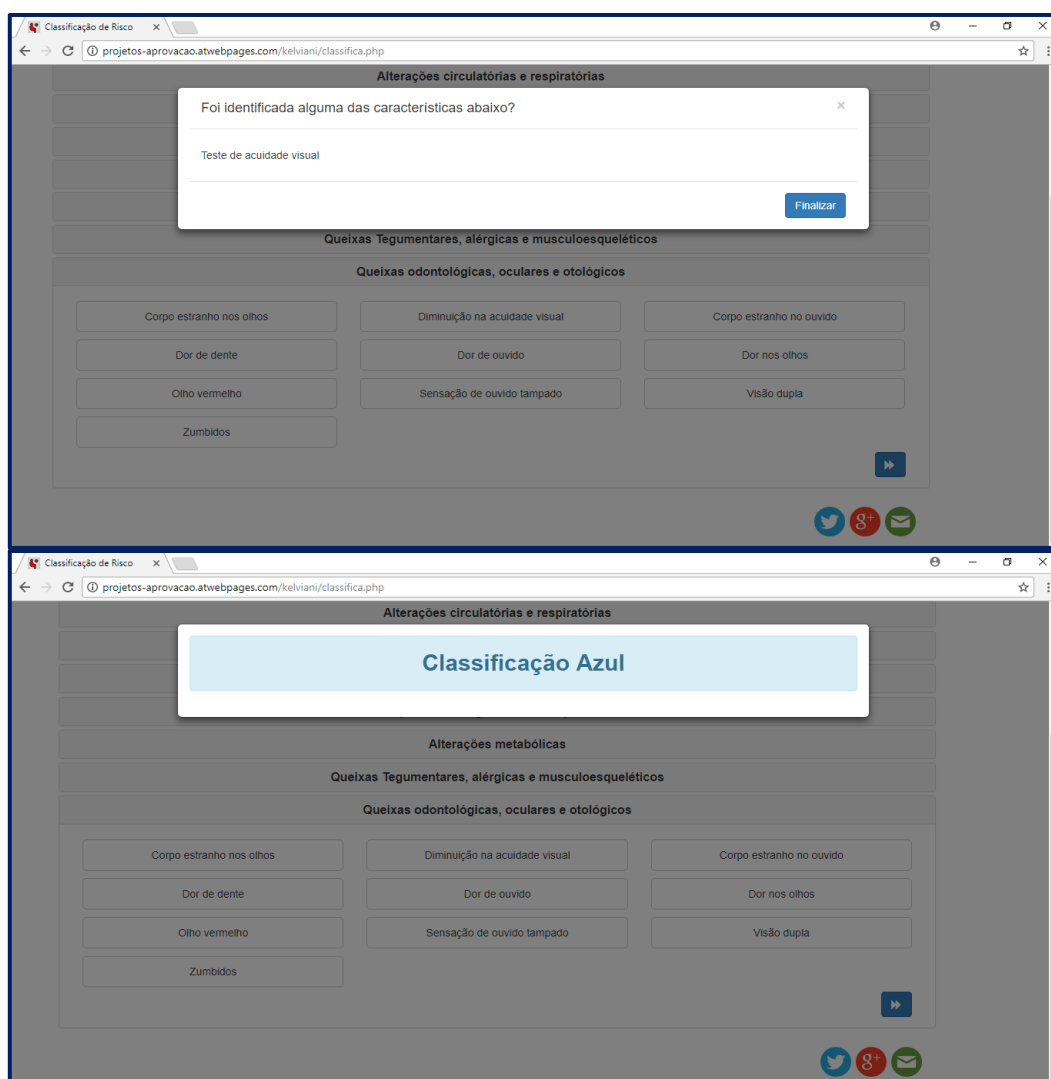
The "SIM" (Yes) button is selected.

**Third Screenshot:** The modal dialog lists the following characteristics:

- Sensação de tontura ou rodando
- Inchaço difuso na face
- Temperatura axilar entre 37,6oC a 38,4oC
- Olho avermelhado sem história de trauma ou contato com substâncias químicas
- Diplopia (visão dupla)
- Prurido ocular
- Zumbidos

The "SIM" (Yes) button is selected.

The background form contains several input fields for symptoms, including: "Corpo estranho nos olhos", "Diminuição na acuidade visual", "Corpo estranho no ouvido", "Dor de dente", "Dor de ouvido", "Dor nos olhos", "Olho vermelho", "Sensação de ouvido tampado", "Visão dupla", and "Zumbidos". At the bottom right of the form, there are social media icons for Twitter, Google+, and Email.



**Figura 17.** Fluxograma de queixas odontológicas, oculares e otológicas.

**IV. Avaliação e manutenção.** Nesta fase, realiza-se os testes dos produtos. O vídeo foi revisado e erros gramaticais corrigidos; o produto final surgiu após diversas revisões. O site teve todos os fluxogramas testados e corrigidos quando necessários.

**V. Distribuição.** O vídeo será distribuído no site de compartilhamento youtube e também ficará disposto na recepção da unidade de pronto atendimento. O site será distribuído em rede de internet e utilizado como apoio na capacitação profissional.

É pretensão da autora dar continuidade a esta pesquisa durante o curso de doutorado, realizando a validação dos produtos e verificação de sua efetividade.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura apresentou que os motivos da busca para o serviço de urgência e emergência nem sempre são condição de saúde grave, mas principalmente pela facilidade de acesso, de tecnologias que um único lugar alberga, como exames, ou por que os usuários realmente não mantêm vínculo com a assistência básica a saúde.

A partir da revisão integrativa, foi viável realizar um comparativo com o estudo transversal, sendo possível afirmar que a grande demanda de atendimento interfere no tempo em que o paciente tem que aguardar para a primeira avaliação ou procedimento a ser realizado, apresentando longos tempos de espera para ambos os casos. Porém nota-se que a priorização em relação a demanda urgente tem sido preservada.

Os 79,5% da amostra classificados como demanda não urgente poderiam ser acompanhados e ter suas queixas resolvidas em um serviço básico de saúde, porém a baixa resolubilidade das UBS's faz com que o paciente procure recorrentemente o serviço de urgência e emergência.

A educação em saúde surge como estratégia para melhoria desse cenário. Espera-se que os recursos digitais elaborados possam auxiliar o profissional na realização do acolhimento com classificação de risco, assim como o vídeo ter impacto sobre o uso do pronto atendimento graças à informação levada.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. art. 9º. Incisos I, II e III. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.
2. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. 2a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. 208 p. (Série E. Legislação de Saúde).
3. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2011.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS; 2006. 164 p.
5. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.
7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília: CONASS; 2015. 400 p. (CONASS Documenta; 28.)
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União. 12 nov 2002. p. 32.
9. Lovalho AF. Administração de serviços de urgência e emergência. Mundo Saúde. 2004;28(2):160-71.
10. O’Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. Ciênc Saúde Colet. 2009;14(5):1881-90.
11. Casarotto M, Schimith MD, Budó MLD, Weiller TH, Simon BD. “Eu fui ao posto mais próximo...”: livre demanda do pronto-socorro de um hospital universitário. Rev Pesqui Cuid Fundam Online. 2012;4(3):2712-21.
12. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada Rev Lat Am Enfermagem. 2011;19(3):548-56.


- 13 Pagliotto LF, Souza PB, Thomazini JO, Ortega ABA, Vavra SMF. Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência do interior paulista. *CuidArte enfermagem*. jul.-dez 2016;10(2):148-55.
14. Oliveira ANS, Lima KSB F, Moura LA et al. O perfil clínico epidemiológico dos usuários da rede de urgências no interior de Pernambuco. *Rev Pesq Cuid Fundam [online]*. abr/jun 2013;5(2):3601-07.
15. Rates HF, Alves M, Cavalcante RB. Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse? *Enferm Foco*. 2016;7(2):52-6.
16. Feijó VBER, Cordoni Junior L, Souza RKT, Dias AO. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. *Saúde Debate*. 2015;39(106):627-36.
17. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília (DF); 2015. 400p.
18. Rates HF, Alves M, Cavalcante RB. Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse? *Enferm Foco*. 2016;7(2):52-6.
19. Ministério da Saúde (BR). 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. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde.)
20. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS – acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
21. Jones KM, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência. Trad Emergency Triage: Manchester Triage Group. 2nd ed. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de classificação de risco; 2010.
22. Durand AC, Palazzolo S, Hardouin NT, et al. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Research Notes*. 2012;5:525.
23. Alyasin A, Douglas C. Reasons for non-urgent presentations to the emergency department in Saudi Arabia. *International Emergency Nursing*. 2014;22:220-5.
24. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. out-dez 2008;17(4):758-64.
25. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. abr 2014;28(2):335-45.

26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Estimativa da população de Itapeva [citado 10 maio 2016]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=352240>.
27. Santa Casa de Misericórdia. Ata da Assembleia Geral Extraordinária realizada em 5 abr 2010 [Internet]. Itapeva; 2010 [citado 16 jun 2016]. Disponível em: <http://www.santacasadeitapeva.org.br/pagina/menus2/187/Estatuto%20Social.pdf>.
28. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.648, de 7 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
29. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n. 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
30. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.
31. Falkembach GAM. Concepção e desenvolvimento de material educativo digital. *Novas Tecnol Educ.* 2005;3(1).
32. Núcleo de Educação a Distância e Tecnologias da Informação em Saúde (NEAD.TIS). Disponível em: <http://fmb.unesp.br/#!/nead>.
33. Rissardo LK, Rego AS, Scolari GAS et al. Idosos atendidos em unidade de pronto atendimento por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) à saúde. *Rev Min Enferm.* 2016;20(971).
34. Alyasin A, Douglas C. Reasons for non-urgent presentations to the emergency department in Saudi Arabia. *International Emergency Nursing.* 2014;22:220-5.
35. Cheek C, Allen P, Shires L, Parry D, Ruigrok M. Low-acuity presentations to regional emergency departments: What is the issue? *Emergency Medicine Australasia.* 2016;28:145-52.
36. Kraaijvanger N, Rijpsma D, Leeuwen HV et al. Self-referrals in the emergency department: reasons why patients attend the emergency department without consulting a general practitioner first – a questionnaire study. *International Journal of Emergency Medicine.* 2015;8(46):1-6.
37. Acosta AM, Lima MADS. Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. *Rev Latino-Am Enfermagem.* mar-apr. 2015;23(2):337-44.



38. Parry YK, Ullah S, Raftos J et al. Deprivation and its impact on non-urgent Paediatric Emergency Department use: are Nurse Practitioners the answer? *J Adv Nurs*. jan 2016;72(1):99-106.
39. Vedovetto A, Soriani N, Merlo E et al. The Burden of inappropriate emergency department pediatric visits: why italy needs an urgent reform. *HSR: Health Services Research*. aug 2014;49(4):1290-305.
40. Faulkner D, Law J. The ‘unnecessary’ use of emergency departments by older people: findings from hospital data, hospital staff and older people. *Australian Health Review*. 2015;39:544-51.
41. Ekwall A. Acuity and anxiety from the patient’s perspective in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. nov 2013;39(6):534-8.
42. Rates HF, Alves M, Cavalcante RB. Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse? *Enferm Foco*. 2016;7(2): 52-6.
43. Casarotto M, Schimith MD, Budó MLD et al. “Eu fui ao posto mais próximo...”: livre demanda do pronto-socorro de um hospital universitário. *Rev Pesq Cuid Fundam [online]*. jul-set 2012;4(3):2712-21.
44. Lowthian J, Curtis A, Stoelwinder J et al. Emergency demand and repeat attendances by older patients. may 2013;43(5):554-60.
45. Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M ET al. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, jan-mar 2015;24(1):238-44.
46. PowToon Create Animated Videos for Work or Play. Disponível em : <http://www.powtoon.com>.
47. Amaral PDF, Sabota B. PowToon: análise do aplicativo web e seu potencial mediador na aprendizagem. *R Tecnol Soc*. 2016;13(28):72-89.
48. Tableless. O básico: O que é HTML? Disponível em: <https://tableless.com.br/o-que-html-basico/>.
49. MDS web docs mozilla. Introduction to CSS. Disponível em: [https://developer.mozilla.org/en-US/docs/Learn/CSS/Introduction\\_to\\_CSS](https://developer.mozilla.org/en-US/docs/Learn/CSS/Introduction_to_CSS).
50. MDS web docs mozilla. Tecnologia web para desenvolvedores JavaScript. Disponível em: [https://developer.mozilla.org/en-US/docs/Learn/CSS/Introduction\\_to\\_CSS](https://developer.mozilla.org/en-US/docs/Learn/CSS/Introduction_to_CSS).
51. Bootstrap. Disponível em: <https://getbootstrap.com/>.

**APÊNDICE A.** Instrumento para análise dos artigos

 <b>UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA</b> "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Título do artigo:
Autor:
Ano de publicação:
País:
Base de dados indexada:
Objetivo:
Tipo de Estudo:
Razões para busca de atendimento em urgência e emergência:
Conclusão do estudo:

**APÊNDICE B.** Instrumento de coleta de dados**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****PARTE I – DADOS DE PERFIL DA CLIENTELA**

Iniciais: \_\_\_\_\_ Número do prontuário: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Unidade básica de saúde a que pertence \_\_\_\_\_

**PARTE II - DADOS SOBRE O ATENDIMENTO**

Data do atendimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dia da semana: \_\_\_\_\_

Hora da abertura de ficha: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hora da triagem: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Veio Encaminhado: ( ) Sim ( ) Não

Origem do encaminhamento: \_\_\_\_\_

Em que condições entrou no serviço: ( ) Maca ( ) Cadeira de Rodas ( ) Deambulando

Está acompanhado: ( ) Sim ( ) Não Quem acompanha: \_\_\_\_\_

Queixa principal do paciente \_\_\_\_\_

Tempo da queixa \_\_\_\_\_

Glasgow: \_\_\_\_\_

**SINAIS VITAIS AFERIDOS:**

SINAIS VITAIS	SIM	NÃO	VALOR	
			Sistólica	Diastólica
Pressão Arterial				
Temperatura				
Glicemia Capilar				
Frequência Cardíaca				
Frequência respiratória				
Saturação de oxigênio				

**CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA DE DOR:**

( ) Zero ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Intensa ( ) Não realizada a classificação da Dor

### PARTE III- ANTECEDENTES CLÍNICOS

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Cardiopatia			Crise convulsiva		
Diabetes mellitus			Marca-passo		
Hipertensão arterial			Tabagismo		
Doenças infectocontagiosas			Etilismo		
Doença hepática			Gestação		
Doença renal			Antecedentes cirúrgicos		
Déficit neurológico			Alergias		
Outros:					

COR DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ATRIBUÍDA:

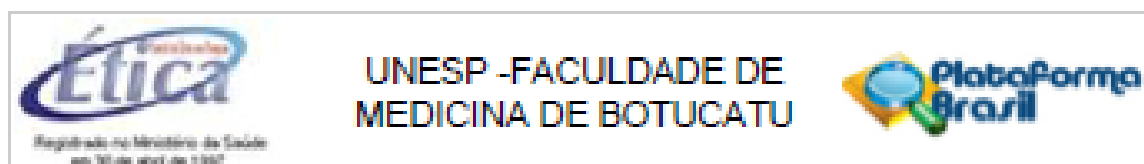
( ) VERMELHO ( ) AMARELO ( ) VERDE ( ) AZUL

### PARTE IV- DESFECHO DO PACIENTE

MEDICADO NA UNIDADE	SIM	VIA DE ADMINISTRAÇÃO		HORÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO
		SIM	NÃO	
		IM		__ : __
		EV		__ : __
	NÃO	SC		__ : __
		SL		__ : __
		VO		__ : __
		NBZ		__ : __
		TÓPICO		__ : __

Desfecho	Sim	Não	Não informado	Data	Horário	Não consta horário
Alta				__/__/__	__ : __ -	
Encaminhamento para Santa Casa				__/__/__	__ : __ -	
Óbito				__/__/__	__ : __ -	
Encaminhamento para UBS				__/__/__	__ : __ -	
Outros Encaminhamentos				__/__/__	__ : __ -	
QUAIS:						

## ANEXO 1. Parecer substanciado do CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** POPULAÇÃO ATENDIDA EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM ESTUDO TRANSVERSAL.

**Pesquisador:** KELVIANI LUDMILA DOS SANTOS ALMEIDA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 62164316.7.0000.5411

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.851.436

#### Apresentação do Projeto:

O estudo será desenvolvido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município de Itapeva Interior de São Paulo. O objetivo geral é conhecer o perfil da demanda atendida na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Itapeva, considerando a classificação de risco e desenvolver um produto relacionado ao tema. Os objetivos específicos são: Levantamento dos motivos/queixa e o perfil dos usuários que procuram o serviço de urgência e emergência classificados como demanda não urgente.

Estudo para a obtenção do título de Mestrado.

Financiamento próprio.

Orçado em R\$ 5.489,00

Nº de Participantes: 370

Início: Fevereiro de 2017. Término: Novembro de 2017

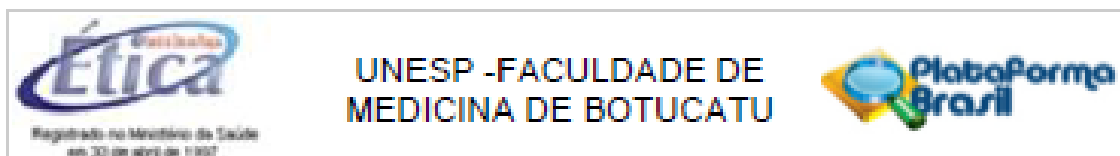
#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Conhecer o perfil da demanda atendida na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Itapeva, considerando a classificação de risco e desenvolver um produto relacionado ao tema.

**Objetivo Secundário:**

<b>Endereço:</b> Chácara Butignoli, s/n	<b>CEP:</b> 13.818-970
<b>Bairro:</b> Rubião Junior	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> BOTUCATU
<b>Telefone:</b> (14)3880-1808	<b>E-mail:</b> cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.051.498

Levantamento dos motivos/queixa e o perfil dos usuários que procuram o serviço de urgência e emergência classificados como demanda não urgente. Análise dos atendimentos classificados como demanda não urgente; Desenvolvimento de uma ação educativa relacionado a classificação de risco como produto da dissertação de mestrado a ser disponibilizado em meio eletrônico.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Não se aplica. A presente pesquisa não apresenta riscos, pois será análise de prontuários.

**Benefícios:**

Conhecer o perfil da população atendida nos serviços de urgência e emergência, colaborar para o avanço do conhecimento nesta área e subsidiar propostas de melhoria na organização estrutural e qualidade do atendimento.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Metodologia:** Tratará de um estudo quantitativo, transversal, descritivo, observacional. O estudo será desenvolvido na Unidade de Pronto

Atendimento (UPA) do município de Itapeva Interior de São Paulo. Consistirá em análise de prontuários físicos de pacientes a fim de coletar

Indicadores e descrever a população assistida. Após acessar o prontuário do paciente, será preenchido um formulário elaborado pelo autor da pesquisa. Os dados serão repassados para uma planilha no Excel®. Após obtenção da amostra, ela será analisada utilizando o pacote estatístico SPSS®.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Autorização assinada pelo Secretário Municipal de Saúde do Município de Itapeva;

Folha de rosto assinada;

Declaração de Anuência Institucional;

Comprovante de envio ao CEP.

Instrumento de Coleta de dados;

Propõe dispensa do TCLE. Motivo Alegado: Trata-se de uma pesquisa realizada com análise de prontuários físicos de pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento- UPA no primeiro

Endereço: Chácara Bulgnoli, s/n  
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-070  
 UF: SP Município: BOTUCATU  
 Telefone: (14)3880-1808 E-mail: capellup@fmb.unesp.br



UNESP -FACULDADE DE  
MEDICINA DE BOTUCATU



Continuação do Parecer: 1.051.496

semestre de 2017. Os pacientes atendidos na UPA permanecem lá por algumas horas, sendo assim, os prontuários serão analisados após a alta ou transferência dos pacientes, de forma que seja escolhido alguns dias no mês para a realização deste procedimento, ou seja, serão analisados de modo retrospectivo, sendo feita esta investigação de uma amostra de prontuários.

**Recomendações:**

Solicita-se envio de Relatório Final de Atividades ao final da execução do estudo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sugiro aprovação, sem necessidade de envio à CONEP.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião ORDINÁRIA do CEP de 05 de Dezembro de 2.016, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

OBS: LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADA APÓS DIA 05/12/2016 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_824422.pdf	18/11/2016 21:40:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.pdf	17/11/2016 23:41:02	KELVIANI LUDMILA DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/11/2016 23:37:23	KELVIANI LUDMILA DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	PlatBrasil.pdf	17/11/2016 23:36:40	KELVIANI LUDMILA DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
Declaração de	DECLARACAO.pdf	16/11/2016	KELVIANI LUDMILA	Aceito

Endereço: Chácara Butignoll, s/n

Bairro: Rubião Junior

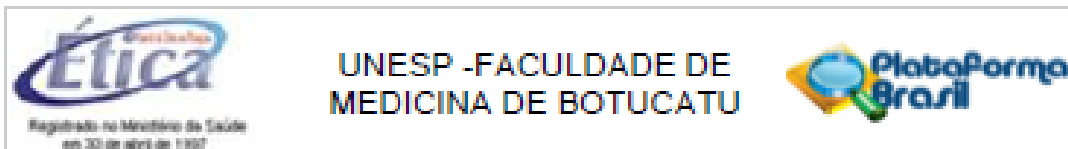
CEP: 16.818-070

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1808

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.021.490

Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO.pdf	22:43:28	DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO.pdf	16/11/2016 22:42:31	KELVIANI LUDMILA DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	16/11/2016 22:40:48	KELVIANI LUDMILA DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 06 de Dezembro de 2016

---

Assinado por:  
Trajano Sardenberg  
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-070

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608





E-mail: capetup@fmb.unesp.br



## ANEXO 2. Contato via e-mail com consultora técnica da PHN, evidenciando indicação do protocolo desenvolvido no estado de Tocantins

ENC: Referência Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR

**EM** Elida Maria <elida.maria@saude.gov.br>  
 qui 04/05, 08:08  
 Você: upa\_admin@itapeva.sp.gov.br

2 anexos (6 MB)   acolhimento\_praticas... 2 MB   politica\_nacional\_hu... 4 MB

2 anexos (6 MB) Baixar tudo Salvar tudo no OneDrive - Pessoal

Bom dia Kelviani,

Envio o último trabalho que a Coordenação Nacional da Política de Humanização acompanhou no Estado de Tocantins. Há outros arquivos complementares que balizam a importância do Acolhimento junto à Classificação de Risco.




Aqui coloco algumas discussões realizadas acerca do Acolhimento na Rede HumanizaSUS:

<http://www.redehumanizasus.net/90047-acolhimento-uma-diretriz-da-politica-nacional-de-humanizacao>

Qualquer dúvida estou à disposição!  
 Abraços,

**Élida Maria Rodrigues de Moraes**  
 Consultora Técnica  
 Coordenação Geral da Política de Humanização  
 Secretária de Atenção à Saúde  
 Ministério da Saúde  
 Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 9º andar, sala 934  
 CEP: 70.058-900 - Brasília - DF  
 E-mail: [humanizasus@saude.gov.br](mailto:humanizasus@saude.gov.br)  
 Tel: (61) 3315-3535



[www.redehumanizasus.net](http://www.redehumanizasus.net)

ENC: Referência Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR

**EM** Elida Maria <elida.maria@saude.gov.br>  
 qui 04/05, 09:22  
 Você: upa\_admin@itapeva.sp.gov.br

Você respondeu em 07/05/2017 13:10.

  protocolo TO versão ... 616 KB

Baixar Salvar no OneDrive - Pessoal

Bom dia,

Os e-mails de ontem voltaram, reenvio!

Envio o último trabalho que a Coordenação Nacional da Política de Humanização acompanhou no Estado de Tocantins. Há outros arquivos complementares que balizam a importância do Acolhimento junto à Classificação de Risco.




Ainda destaco os cadernos de atenção básica que faz uma boa discussão de acolhimento!

[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea.pdf)  
[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_queixas\\_comuns\\_cab28v2.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf)

Abraço,

**Élida Maria Rodrigues de Moraes**  
 Consultora Técnica  
 Coordenação Geral da Política de Humanização  
 Secretária de Atenção à Saúde  
 Ministério da Saúde  
 Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 9º andar, sala 934  
 CEP: 70.058-900 - Brasília - DF  
 E-mail: [humanizasus@saude.gov.br](mailto:humanizasus@saude.gov.br)  
 Tel: (61) 3315-3535

[www.redehumanizasus.net](http://www.redehumanizasus.net)

**De:** kelviani ludmila [mailto:kelviani@hotmail.com]  
**Enviada em:** domingo, 7 de maio de 2017 15:10  
**Para:** Elida Maria  
**Assunto:** Re: Referência Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR

Olá Elida.

Fico muito agradecida em ter me encaminhado o protocolo que a coordenação da PHN acompanhou em Tocantins, juntamente com os outros materiais de apoio. Sou enfermeira RT de um UPA na cidade de Itapeva-SP, atualmente utilizamos um protocolo de classificação de risco de 4 cores e temos a pretensão de implantar um de 5 cores, porém não há protocolo gratuito disponível em 5 cores.

Paralelo a isso também sou aluna do mestrado profissional da Universidade Estadual Julio de Mesquita Filho - UNESP de Botucatu, estou desenvolvendo minha dissertação de mestrado sobre acolhimento com classificação de risco, sendo um dos objetivos do trabalho disponibilizar uma capacitação em meio eletrônico sobre o protocolo de acolhimento com classificação de risco. Achei muito bom este protocolo que me encaminhou, apresenta fluxogramas e é de fácil entendimento.

Gostaria de saber se você poderia me autorizar a realizar o projeto eletrônico em cima deste protocolo que me encaminhou (de Tocantins), colocarei todas as referências necessárias (protocolo de Acolhimento com classificação de risco, enviado pela Política Nacional de Humanização- MS, ano de 2017, arquivo PDF estudos em desenvolvimento em Tocantins). Esta capacitação em meio eletrônico esta sendo discutida juntamente com os profissionais do NEAD- TIS (Núcleo de Educação a Distância- "Tecnologias de Informação em Saúde") da UNESP.

Gostaria de saber também se este protocolo desenvolvido em Tocantins será disponibilizado para uso gratuito, se tem data para ser disponibilizado, vi que não há referências no final do arquivo, o protocolo está pronto ou ainda esta em construção?  
 Acredito que também possa ser de interesse da PHN ter uma capacitação em meio eletrônico juntamente com o protocolo e posso disponibilizar para vocês.

Se puder me ajudar de alguma forma Elida.

Desde já agradeço a atenção.

Aguardo respostas

Atenciosamente Kelviani.  
 Telefone: (15) 997235002

## RES: Referência Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR



Elida Maria <elida.maria@saude.gov.br>  
 seg 08/05, 15:17  
 Você: Marilene Wagner (mrinwgnr3@gmail.com) ✉

 Responder | v

Boa tarde Kelviani,

Já conversei com as partes fonte do trabalho. O melhor é fazer é você conversar com a apoiadora da PHN que construiu o protocolo junto ao Estado de TO, para que você possa explicar em detalhes a demanda e a ela esclarecer os limites do uso do material e demais informações sobre a ACCR. O trabalho ainda não está publicado.

A apoiadora se chama Marilene Wagner, e está aguardando sua ligação no número: (19) 98313-3585, a mesma reside em Campinas-SP.

Espero ter ajudado.

Abraço,

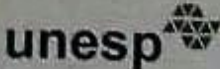
**Élida Maria Rodrigues de Moraes**  
 Consultora Técnica  
 Coordenação Geral da Política de Humanização  
 Secretária de Atenção à Saúde  
 Ministério da Saúde  
 Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 9º andar, sala 934  
 CEP: 70.058-900 - Brasília - DF  
 E-mail: [humanizaus@saude.gov.br](mailto:humanizaus@saude.gov.br)  
 Tel: **(61) 3315-3535**


[www.redehumanizaus.net](http://www.redehumanizaus.net)



Ministério da  
**Saúde**

**ANEXO 3.** Ofício encaminhado ao secretário municipal de Saúde de Tocantins solicitando formalmente o uso do Protocolo Único de Classificação de Risco na Rede de Urgências e Emergências do estado do Tocantins

 **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**CAMPUS DE BOTUCATU**  
FACULDADE DE MEDICINA  
**Departamento de Enfermagem**  
BOTUCATU, SP RUIBÃO JUNIOR - CEP 18603-970 - Telefone (014) 3880-1326  
E-Mail: [cenf@fmb.unesp.br](mailto:cenf@fmb.unesp.br)



Ofício nº 290/2017 Dep. Enf. Botucatu, 11 de setembro de 2017.

Ao  
Dr. Marcos Esner Musafir  
Secretário da Saúde do Estado de Tocantins

Prezado Senhor,

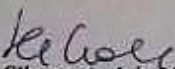
Conforme contatos anteriores e acordado na reunião realizada por meio de videoconferência com o Colegiado Estadual de Acolhimento em Rede, venho por meio deste solicitar formalmente a autorização desta Secretaria para a utilização não comercial do Protocolo de Tocantins como referência principal na dissertação de mestrado profissional da aluna *Kelviani Ludmila dos Santos Almeida*, sob minha orientação e co-orientação da Profa. Adj. Carmen Maria Casquel Monti Juliani.

A estudante desenvolve seus trabalhos em uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e esta desenvolvendo um produto para educação permanente da equipe que terá como base o protocolo de Tocantins conforme acordado.

Agradeço o envio do protocolo e peço que, por gentileza, envie a publicação assim que publicado no diário oficial, para que possa referenciar adequadamente.

Obrigada por essa parceria que visa a melhoria da qualidade dos atendimentos de urgência e emergência no Sistema Único de Saúde.

Atenciosamente,

  
*Prof. Dra. Silvana Andréa Molina Lima*  
[smolina@fmb.unesp.br](mailto:smolina@fmb.unesp.br)  
Orientadora

#### **ANEXO 4.** Manifestação do colegiado estadual gestor de acolhimento e classificação de risco de Tocantins

##### Protocolo único de Classificação de Risco na Rede de Urgências e Emergências do Estado do Tocantins.

O protocolo Único de Classificação de Risco da Urgência e Emergência do Estado de Tocantins foi construído pela Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), com o apoio da Coordenação Geral da Política Nacional de Humanização (CGPNH/SAS/MS) do Ministério da saúde.

Este protocolo de classificação de risco é uma ferramenta que contribui significativamente na organização do trabalho, porém não age sozinho na qualificação do acesso e dos serviços. Para tanto, diretrizes importantes da Política Nacional de Humanização deverão ser implantadas para contribuir na melhoria da atenção e gestão do SUS. A exemplo: Acolhimento, cogestão, ambiência e seus demais dispositivos.

O acolhimento vem como diretriz fundamental e transversal pautando a construção coletiva como principal norteador de todo o processo de organização do trabalho das Rede de Atenção à Saúde.

O protocolo, está definido em cinco cores e atende as singularidades e necessidades específicas do Estado do Tocantins. Para isso, seu processo foi totalmente pautado na construção coletiva, onde foram chamados trabalhadores que atuam na porta de entrada dos serviços para contribuírem significativamente com esse processo. Nesse sentido, contamos com a participação dos seguintes pontos de atenção da rede: Hospital Geral Público de Palmas, Hospital e Maternidade Dona Regina, Hospital Infantil Público de Palmas, Hospital Regional de Paraíso, Hospital Regional de Miracema, Hospital Regional de Porto Nacional, Hospital Regional de Dianópolis, Hospital Regional de Augustinópolis, Hospital Regional de Alvorada, Hospital Regional de Araguaçu, Hospital Regional de Pedro Afonso, Hospital Regional de Guaraí, Hospital Regional de Arapoema, Hospital Regional de Araguaína, Hospital Regional de Gurupi, Hospital Regional de Xambioá, Hospital Regional de Arraias, Hospital Materno-infantil Tia Dedé, totalizando os 18 hospitais públicos do Estado. Junto a esses, também estiveram presentes três Hospitais Municipais: Hospital Municipal José Sabóia de Tocantinópolis, Hospital Municipal de Colinas e Hospital Municipal São João Batista de Taguatinga. Ainda houve a participação do Hospital e Maternidade Dom Orione de Araguaína, além de outros

pontos importantes como: UPA Norte e UPA Sul do município de Palmas, UPA de Araguaína e de Porto Nacional, SAMU-192 de Porto Nacional e de Paraíso. No que cabe às áreas técnicas da SESAU contribuíram significativamente para o processo: técnicos da gerência de Rede de Atenção às Urgências, Assessoria de Humanização, Rede Cegonha, Superintendência de unidades próprias, docentes do Curso de Acolhimento em Redes de Atenção à Saúde da Escola Técnica de Saúde do Tocantins(ETSUS). Todo esse processo foi apoiado e conduzido diretamente pelo Apoiador territorial e matricial da Política Nacional de Humanização – PNH/SAS/MS.

A demanda de implantação do Acolhimento foi a partir de necessidades dos gestores municipais, por meio do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde/PAREPS, dos gestores e trabalhadores dos hospitais públicos e do Plano de Ação Civil Pública. Este material foi elaborado cuidadosamente, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Política de Urgência e Emergência.

O processo de condução (implantação, monitoramento e avaliação) do protocolo, bem como a formação dos profissionais nos serviços é realizado pelo Colegiado Estadual Gestor de Acolhimento e Classificação de Risco. Tal colegiado é composto por técnicos das seguintes áreas: Rede de urgência e Emergência, Assessoria de Humanização do Estado, Superintendência de Unidades Próprias, Rede Cegonha, Gerencia de educação em saúde/ETSUS, trabalhadores representantes das regiões de saúde do Estado. O colegiado é apoiado pela CGPNH/SAS/MS. Todo o processo de discussão e construção dessa instância está balizada no método da tríplice inclusão, via PNH, e pelo modo do apoio institucional.

## ANEXO 5. Protocolo único de classificação de risco na rede de urgência e emergência do estado de Tocantins

### PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS URGÊNCIAS

Entendendo-se que a URGÊNCIA se caracteriza numa situação clínica ou traumática com risco de gerar deterioração ou risco de morte em função do tempo transcorrido entre a sua aparição e instauração de um tratamento, este protocolo tem como objetivo se constituir numa ferramenta de organização ao atendimento médico a partir da gravidade/severidade dos sinais e sintomas apresentados.

Portanto a classificação de risco requer tomada de decisão. Ou seja, a tomada de decisão é parte integrante e importante da prática clínica. Uma adequada **avaliação clínica** de um paciente requer tanto **raciocínio** como **intuição**, e ambos devem se basear em conhecimentos e aptidões profissionais. Assim, como parte de seu processo de aptidão é preciso que se aprenda a **interpretar, discriminar e avaliar**.

Mediante as necessidades de implantação da classificação de risco na Rede de Atenção à Saúde no Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), conforme a Resolução Nº 423/2012, ressalta que o acolhimento com classificação de risco pode ser realizado pelo enfermeiro desde que não haja exclusão de pacientes, que o atendimento médico seja garantido e que sejam firmados protocolos, promovendo a agilidade do atendimento de forma digna e harmonizada (BRASIL, 2005; COFEN, 2012\*).

\* BRASIL. Parecer Técnico nº 016/2005 do COREN do Distrito Federal. Brasília (DF) 2005.

Disponível em: [www.corendf.gov.br](http://www.corendf.gov.br).

\* COFEN. Resolução COFEN Nº 423/2012. Normatiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Disponível em: [www.site.portalcofen.gov.br/node/8956](http://www.site.portalcofen.gov.br/node/8956)

### SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (CR)

Ao chegar ao serviço o usuário deverá ser imediatamente avaliado pela equipe que o recebe seguindo os seguintes passos:

**Avaliação Inicial: tem como objetivo afastar o risco iminente de morte ou agravo**

**1º Passo:** Identificar o motivo da procura a unidade/serviço (descriptor)

**Fatores a serem considerados:**

Tempo de início da queixa ou evento:

- ✓ Início abrupto: início do evento em segundos ou minutos;
- ✓ Início súbito: indica início em menos de 12 horas;
- ✓ Início agudo: período de tempo entre 12 e 24 horas.
- ✓ Recentes: são aqueles que surgiram nos últimos sete dias.

**2º Passo:** A partir do descriptor identificar o fluxograma correspondente e realizar a Classificação de Risco seguindo os seguintes passos:

**I. Avaliação inicial:** Tem como objetivo afastar risco imediato de morte ou agravo.

Observando e avaliando:

- 1. Alterações do nível de consciência/estado mental:** Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estas pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar devendo ser imediatamente encaminhados para a Emergência
- 2. Comprometimento das vias aéreas:** A incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.
- 3. Respiração ineficaz:** Quando o paciente que não consegue respirar o suficiente para manter uma oxigenação adequada. Podem haver sinais de esforço respiratório, sinais de ventilação ineficaz ou exaustão.
- 4. Circulação:**
  - ✓ Ausência de pulso durante a palpação por 5 segundos do pulso central indica PCR
  - ✓ Observar sinais de choque (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado a sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência).
  - ✓ Presença de hemorragia: na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida:
  - ✓ Alterações na temperatura corporal

**3º Passo: Avaliação da dor**

Esta avaliação é realizada através Escalas Visuais Analógicas (EVA) associada a pelo menos uma alteração de sinais vitais

**4º Passo: Avaliação secundária:** referem-se aos demais sinais e sintomas que não representam risco iminente de morte ou agravo

**5º Passo:** Avaliar a presença de fatores de risco clínicos ou de trauma.

**6º Passo:** Encaminhar a área de atendimento de acordo com a classificação e fluxo pré-estabelecido pelo serviço/unidade.

### **Classificação Vermelho**

- Atendimento nas Salas de Emergência
- São pacientes com risco iminente de morte necessitando de atendimento médico imediato.
- As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e o paciente deverá ser transportado/atendido pelo
- Suporte Avançado do SAMU-192.

### **Classificação Laranja**

- Atendimento nas Salas de Emergência
- São pacientes com potencial risco de agravo necessitando de atendimento médico mediato e assistência de enfermagem contínua.
- As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e o paciente deverá ser transportado/atendido pela
- Ambulância de Suporte Avançado do SAMU-192

### **Classificação Amarelo**

- São pacientes que necessitam de atendimento médico mediato podendo ser atendidos nos consultórios médicos do pronto atendimento.
- O transporte/atendimento será feito pela Ambulância de Suporte Básico do SAMU-192

### **Classificação verde**



- Por definição são pacientes sem risco iminente de morte ou de agravo. Serão atendidos nos prontos atendimentos por ordem de chegada ou referenciados para as Unidades Básicas de saúde desde que tenham a garantia do atendimento

#### **Classificação azul.**

- São as demandas por procedimentos não médicos como: curativos, troca de sondas, administração de medicamentos, atendimento a casos crônicos/agendamentos.

### **PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

<b>Fluxogramas</b>	<b>Descritores</b>
<p><b>Fluxograma 1</b> <b>Trauma e Acidentes com Animais Peçonhentos</b></p>	<p>1. Agressão 1. Afogamento 1. Entorção/luxação 1. Ferimento por arma branca 1. Ferimento por arma de fogo 1. Ferimentos corto-contusos 1. Queimaduras 1. Tentativa de suicídio 1. Trauma abdominal/pélvico 1. Trauma cervico-lombar 1. Trauma de crânio encefálico 1. Trauma de face 1. Trauma de MMSS e MMII 1. Trauma múltiplo 1. Trauma ocular 1. Trauma torácico 1. Acidentes por animais peçonhentos</p>
<p><b>Fluxograma 2</b> <b>Alterações circulatórias e respiratórias</b></p>	<p>2. Batedeira 2. Crise de asma 2. Dor atribuída ao coração 2. Dor de garganta 2. Dor torácica/sensação de aperto no peito 2. Escarro com sangue 2. Falta de ar/dificuldade respiratória 2. Inchaço das pernas 2. Mal-estar 2. Sangramento nasal 2. Síncope 2. Tosse</p>

<p align="center"><b>Fluxograma 3</b> <b>Queixas gastrointestinais e envenenamentos</b></p>	<p>3.Constipação/obstipação/fezes duras 3.Diarréia 3.Dor/cólicas abdominais 3.Evacuando sangue/fezes escuras 4.Intoxicação alimentar 3.Intoxicação exógena 3.Náuseas e vômitos 3.Problemas dentários 3.Vômito com sangue</p>
<p align="center"><b>Fluxograma 4</b> <b>Queixas renais e gênito urinários</b></p>	<p>4.Corrimento, prurido genital 4.Dor escrotal 4.Dor ou dificuldade para urinar 4.Ferida no pênis 4.Problemas menstruais 4.Urina com sangue</p>
<p align="center"><b>Fluxograma 5</b> <b>Alterações neurológicas e/ou comportamento</b></p>	<p>5.Alteração de comportamento, ansiedade 5.Convulsão 5.Dor de cabeça 5.Fala enrolada (disfasia, afasia, disartria) 5.Febre ou hipotermia 5.Paralisia, formigamento, hemiplegia 5.Passando mal 5.Overdose e envenenamento 5.Rigidez de nuca, muscular 5.Vertigem, perda de equilíbrio</p>
<p align="center"><b>Fluxograma 6</b> <b>Alterações metabólicas</b></p>	<p>6.Câimbras 6.Desidratação 6.Desmaio 6.Fraqueza 6.História de diabetes 6.Sede excessiva, urinando muito</p>
<p align="center"><b>Fluxograma 7</b> <b>Queixas Tegumentares, alérgicas e musculoesqueléticos</b></p>	<p>7.Abcessos, infecções locais 7.Bolhas na pele, gás subcutâneo 7.Dores articulares 7.Dor lombar 7.Dores musculares 7.Edema generalizado 7.Feridas 7.Manchas na pele/Petéquias 7.Picadas por animais peçonhentos 7.Produtos tóxicos* 7.Prurido generalizado 7.Rush cutâneo</p>

<b>Fluxograma 8</b> <b>Queixas odontológicas,</b> <b>oculares e otológicas</b>	8. Corpo estranho nos olhos 8. Diminuição na acuidade visual 8. Corpo estranho no ouvido 8. Dor de dente 8. Dor de ouvido 8. Dor nos olhos 8. Olho vermelho 8. Sensação de ouvido tampado 8. Visão dupla 8. Zumbidos
<b>Protocolos especiais</b>	
Acidentes com materiais biológicos Vítimas de violência sexual Protocolo de exposição sexual Doenças emergentes	

Descritores	Fluxograma	Descritores	Fluxograma	Descritores	Fluxograma
Abcessos, infecções locais	7	Dores articulares/membros	7	Picadas por animais peçonhentos	7
Afogamento	1	Dores musculares	7	Problemas dentários	3
Agressão	1	Edema generalizado	7	Problemas menstruais/sangram. vaginais	4
Ansiedade, alteração de comportamento	5	Entorse/luxação	1	Produtos tóxicos	7
Batedeira	2	Escarro com sangue	2	Prurido generalizado	7
Bolhas na pele, gás subcutâneo	7	Evacuando sangue/fezes escuras	3	Queimaduras	1
Câimbras	6	Fala enrolada (disfasia, afasia, disartria)	5	Rigidez de nuca, muscular	5
Constipação/obstipação/fezes duras	3	Falta de ar/dificuldade respiratória	2	Rush cutâneo	7
Convulsão	5	Ferida no pênis	4	Sangramento nasal	2
Corpo estranho no ouvido	8	Feridas	7	Sede excessiva, urinando muito	6
Corpo estranho nos olhos	8	Ferimento por arma branca	1	Sensação de ouvido tampado	8
Corrimento, prurido genital/DSTs	4	Ferimento por arma de fogo	1	Síncope	2
Crise de asma	2	Ferimentos corto-contusos	1	Tentativa de suicídio	1
Desmaio	6	Fraqueza	6	Tosse	2
Diarreia	3	Febre ou hipotermia	5	Trauma abdominal/pélvico	1
Diminuição na acuidade visual	8	História de diabetes	6	Trauma cervico-lombar	1
Dor atribuída ao coração	2	Inchaço das pernas	2	Trauma de crânio encefálico	1
Dor de cabeça	5	Intoxicação alimentar	3	Trauma de face	1
Dor de dente	8	Intoxicação exógena	3	Trauma de MMSS e MMII	1
Dor de garganta	2	Mal-estar	2	Trauma múltiplo	1

Dor de ouvido	8	Manchas na pele/Petéquias	7	Trauma ocular	1
Dor escrotal	4	Náuseas e vômitos	3	Trauma torácico	1
Dor lombar	7	Olho vermelho	8	Urina com sangue	4
Dor nos olhos	8	Overdose e envenenamento	5	Vertigem, tonturas	5
Dor ou dificuldade para urinar	4	Paralisia, formigamento, hemiplegia	5	Visão dupla	8
Dor torácica/sensação de aperto no peito	2	Passando mal	5	Vômito com sangue	3
Dor/cólicas abdominais	3	Picadas por animais peçonhentos	1	Zumbidos	8

<b>Fluxograma 1 – Trauma e Acidentes com Animais Peçonhentos</b>	
<b>Discriminantes</b>	<b>Classificação</b>
<p>Não responde a estímulos dolorosos            Escala de Coma de Glasgow = 3            Comprometimento de vias aéreas/Edema de língua            Apneia, gasping            Ausência de pulso central            Saturação abaixo de 89% com oxigênio            Sinais de choque            Hemorragia exanguinante            Cianose intensa            Lesão ocular química aguda</p>	
<p>Alteração do nível de consciência/estado mental            Escala de Coma de Glasgow de 4 a 12            Respiração ineficaz            Saturação abaixo de 89% sem O<sup>2</sup>            Dispnéia aguda pós trauma/edema de face/língua            Escarro carbonado, estridor laríngeo            FC &gt; ou = 180 bpm ou &lt; ou = 55 bpm            PA sistólica &gt; 220 mmHg e diastólica &gt; 110mmHg com sintomas associados            Ferimento com sangramento ativo não controlável            Comprometimento vascular severo (sem pulso extremidades)            Temperatura axilar abaixo ou igual a 35,9°C            Dor intensa (7 a 10/10) acompanhada de outros sinais/sintomas            Dor/prurido intensos            Evisceração            Amputação traumática            Queimaduras de 2º/3º grau com mais de 20% SCQ            Queimaduras de 3º grau em mãos, face, pescoço, axila e períneo e pés            Choque ou queimaduras por alta tensão            Veneno com alta potência para causar danos            Inchaço difuso na face</p>	
<p>Mecanismo de trauma grave*            Escala de Coma de Glasgow entre 13 a 14            Risco moderado de se agredir e agredir a outros            Saturação de O<sup>2</sup> de 90% a 96% em ar ambiente            FC: 90 a 179 bpm ou 56 a 59 bpm            PA sistólica 150 a 219 mmHg e diastólica &lt;100mmHg</p>	

Ferimento com sangramento ativo controlável Temperatura axilar de 38,5°C a 40.9°C Fratura exposta sem sangramentos ativo	
Trauma direto no pescoço Queimaduras de 2º grau entre 10% e 19% SCQ Incapacidade de andar Dor ou prurido moderados (EVA 4-6/10) Erupções secretantes ou bolhosas em mais de 10% do corpo Veneno com moderada potência de causar danos	
Edema leve Dor leve (EVA 1-3/10) Ferimentos superficiais, escoriações Temperatura axilar entre 37,6°C a 38,4°C Queimaduras de 1º grau Inflamação/Infecção local	
Troca de curativos Retirada de pontos Solicitação de atestado médico	
<b>Obs:</b> Cuidado com pacientes alérgicos, queimaduras em pacientes com doenças crônicas, face	

<b>Fluxograma 2 - Queixas circulatórias e respiratórias</b>	
<b>Discriminantes</b>	<b>Classificação</b>
Não responde a estímulos dolorosos Comprometimento de Vias Aéreas Apneia, gasping Ausência de pulso central Saturação abaixo de 89% com oxigênio FR < 10 ou > 32 com incapacidade de falar Sinais de choque* Cianose intensa (enchimento capilar > 4 s) Glicemia > ou igual a 55 mg/dl	

<p>Alteração do nível de consciência/estado mental (confusão, letargia)  FR &gt; 32 articulando frases entrecortadas  Saturação abaixo de 89% sem O<sup>2</sup>  FC &gt; ou = 180 bpm ou &lt; ou = 55 bpm  PA sistólica &gt; 220 mmHg e diastólica &gt; 110mmHg com sintomas associados  Epistaxe com PA ≥ 180/110  Dor cardíaca/precordial*  Dor intensa (7 a 10/10) associada a outros sintomas  Temperatura axilar = &gt; 41°C ou &lt; = 35,9°C  História de overdose ou envenenamento</p>	
<p>Perda de consciência relatada por testemunha ou paciente não se lembra do incidente  Dispnéia leve/moderada, consegue falar frases mais longas  FR entre 19 - 31 articulando frases completas  Saturação de O<sup>2</sup> de 90% a 96% em ar ambiente  FC: 90 a 179 bpm ou 56 a 59 bpm  PA sistólica 150 a 219 mmHg e diastólica &lt;100mmHg  Epistaxe com PA &lt; 180/110  Temperatura axilar de 38,5°C a 40.9°C  Dor moderada 4 a 6/10  Edema moderado/intenso em pernas e tornozelos  História cardíaca importante</p>	
<p>Obstrução nasal com secreção amarelada  Sintomas gripais</p>	
<p><b>Obs: Cuidado com idosos, história de internações frequentes ou internação em UTI</b></p>	

### Fluxograma 3 - Queixas Gastrointestinais e Envenenamentos

Discriminantes	Classificação
<p>Não responde a estímulos dolorosos  Convulsionando  Comprometimento de Vias Aéreas  Apneia, gasping  Saturação abaixo de 89% com oxigênio  Estridor laríngeo ou dificuldade de falar</p>	



<p>Ausência de pulso central          Sinais de choque          Cianose intensa (enchimento capilar acima de 4 segundos)          Edema facial ou de língua</p>	
<p>Alteração do nível de consciência/estado mental          Respiração ineficaz          Saturação abaixo de 89% sem O<sup>2</sup>          FC: <math>\geq 180</math> bpm ou <math>\leq 50</math> bpm          PA sistólica 150 a 219 mmHg e diastólica <math>&lt; 100</math> mmHg          Desidratação severa          Temperatura axilar <math>\geq 41^{\circ}\text{C}</math> ou <math>\leq 35,9^{\circ}\text{C}</math>          Vômito de sangue vermelho vivo em grande quantidade          Evacuação com sangue vivo          Dor abdominal intensa 7-10/10 associada a outros sintomas          Dor irradiada para o dorso          Ingestão de produto com alto risco de intoxicação</p>	
<p>Saturação de O<sup>2</sup> de 90% a 96% em ar ambiente          FC: 90 a 179 bpm ou 56 a 59 bpm          PA sistólica 150 a 219 mmHg e diastólica <math>&lt; 100</math> mmHg          Temperatura axilar de <math>38,5^{\circ}\text{C}</math> a <math>40,9^{\circ}\text{C}</math>          Vômitos e diarreia persistentes sem sinais de desidratação          Fezes enegrecidas ou em groselha          Dor moderada (4-7/10)          História aguda de vômito de sangue          Intoxicação alimentar</p>	
<p>Vômitos e diarreia esparsos          Obstipação intestinal sem distensão abdominal          Temperatura axilar entre <math>37,6^{\circ}\text{C}</math> a <math>38,4^{\circ}\text{C}</math></p>	
<p><b>Obs: Cuidado com pacientes idosos, diabéticos e com passado de IAM, ingestão de anticonvulsivantes, antidepressivos, hipoglicemiantes, organofosforados, carbamatos, etc.</b></p>	

#### Fluxograma 4 - Queixas Renais, Geniturinários e DSTs

Discriminantes	Classificação
----------------	---------------

Comprometimento de Vias Aéreas Sinais de choque/desidratação intensa	
Estado mental alterado (desorientação/agitação) Prostração, palidez cutânea ou sudorese Respiração ineficaz Saturação abaixo de 89% sem O <sup>2</sup> FC > ou = 180 bpm ou < ou = 55 bpm PA sistólica > 220 mmHg e diastólica > 110mmHg com sintomas associados Temperatura axilar = > 41°C Dor em cólica intensa (7-10/10 associada a outros sintomas) Retenção urinária aguda com bexigoma Gangrena escroto Anasarca Priapismo (ereção peniana sustentada)	
Saturação de O <sup>2</sup> de 90% a 96% em ar ambiente FC: 90 a 179 bpm ou 56 a 59 bpm PA sistólica 150 a 219 mmHg e diastólica < 100mmHg Temperatura axilar de 38,5°C a 40,9°C Disúria intensa com polaciúria e/ou hematúria Corrimento amarelado fétido (vaginal ou uretral) Dor média a intensa em cólica (4-7/10) Dor em testículo Dor/dificuldade para urinar Erupções secretantes ou bolhosas em mais de 10% do corpo Metrorragia (mais de dois absorventes noturnos em duas horas) Coloração vermelha da urina	
Trauma superficial de escroto Secreção peniana ou vaginal anormal Temperatura axilar entre 37,6°C a 38,4°C Troca de sonda obstruída	

### Fluxograma 5- Alterações Neurológicas e de Comportamento

Discriminantes	Classificação
Não responde a estímulos dolorosos	

<p>Comprometimento de Vias Aéreas</p> <p>Convulsão em atividade</p> <p>Glicemia capilar &lt; 55 (LO) OU &gt; 500 mg/dl (HI)</p>	
<p>Alteração súbita do estado mental (torporoso, comatoso) com ou sem história do uso de álcool/drogas , abstinência alcoólica</p> <p>Déficit neurológico agudo (paresia, plegia, disfasia, afasia, ataxia, paralisia facial)</p> <p>Sinais de meningismo (rigidez de nuca, fotofobia, dor de cabeça)</p> <p>Pós-comicial e torporoso/comatoso</p> <p>Saturação abaixo de 89% sem O<sup>2</sup></p> <p>PA sistólica &gt; 220 mmHg e diastólica &gt; 110mmHg com sintomas associados</p> <p>FC: &gt;=180bpm ou &lt;=55bpm</p> <p>Distúrbio súbito de equilíbrio associado a náuseas e vômitos</p> <p>Febre muito alta &gt; 41 °C</p> <p>Glicemia &gt; 250 mg/dl ou/e sinais de acidose*</p> <p>Hipotermia (T<sup>a</sup> &lt; 35°C)</p> <p>Alto risco de agredir outros</p> <p>Potencial suicida / homicida</p> <p>Quadro depressivo grave</p> <p>Dor de cabeça intensa de início súbito (7-10/10) associada a outros sinais e sintomas</p>	
<p>Perda de consciência relatada por testemunha ou paciente não se lembra do incidente</p> <p>Alteração do nível de consciência atribuível ao álcool, abstinência</p> <p>Déficit neurológico novo com menos de 24 horas</p> <p>Pós comicial alerta</p> <p>Saturação de O<sup>2</sup> de 90% a 96% em ar ambiente</p> <p>PA sistólica 150 a 219 mmHg e diastólica &lt;100mmHg</p> <p>FC: de 90 a 179 bpm ou de 56 a 59 bpm</p> <p>Vertigem, tonteira rotatória</p> <p>Temperatura axilar de 38,5°C a 40.9°C</p> <p>Dor de cabeça moderada (4-7/10)</p> <p>Alteração de sensibilidade na face</p> <p>Depressão de moderada repetitiva</p> <p>Risco moderado de agredir outros</p> <p>Risco moderado de autoagressão</p>	

História psiquiátrica	
Humor deprimido Gesticulando, mas não agitado	
Febre baixa 37,6°C a 38,4°C	
Solicitação/troca de receitas	

<b>Fluxograma 6 – Alterações Metabólicas</b>	
<b>Discriminantes</b>	<b>Classificação</b>
Não responde a estímulos dolorosos Em crise convulsiva Comprometimento de Vias Aéreas Apneia, gasping Saturação abaixo de 89% com oxigênio Glicemia capilar < 50 (LO) OU > 500 mg/dl (HI) Ausência de pulso central Sinais de choque	
Letargia, confusão mental Respiração ineficaz (Cianose intensa, dispnéia intensa, com fadiga muscular) Saturação abaixo de 89% sem O <sup>2</sup> FR < 10 ou > 32) FC > ou = 180 bpm ou < ou = 55 bpm PA sistólica > 220 mmHg e diastólica > 110mmHg com sintomas associados Glicemia > 250 com sinais de desidratação* Epistaxe com PA ≥ 180/110 Temperatura axilar = > 41°C ou < = 35,9°C	

Desorientação mental FR entre 19 - 31 articulando frases completas Saturação de O <sup>2</sup> de 90% a 96% em ar ambiente FC: 90 a 179 bpm ou 56 a 59 bpm PA sistólica 150 a 219 mmHg e diastólica <100mmHg Epistaxe com PA < 180/110 Glicemia > 250 mg/dl ou/e sinais de acidose*  Sudorese profusa (hipoglicemia < 55mg/dl Polidipsia (sede excessiva) Temperatura axilar de 38,5°C a 40.9°C Edema moderado/intenso em pernas e tornozelos	
Tontura, fraqueza Glicemia >= 130 e <= 250 assintomático Câimbras	
Troca de receitas	
<b>Obs: Paciente com história de DM – realizar glicemia</b>	

<b>Fluxograma 7 – Queixas Tegumentares, Alérgicas e Musculoesqueléticas</b>	
<b>Discriminantes</b>	<b>Classificação</b>
Não responde a estímulos dolorosos Comprometimento de vias aéreas Apneia, gasping Saturação abaixo de 89% com oxigênio Sinais de choque Ferimento com hemorragia exanguinante	
Letargia, confusão mental Respiração ineficaz (Cianose intensa, dispnéia intensa, com fadiga muscular)	

<p>Saturação abaixo de 89% sem O<sup>2</sup></p> <p>FC &gt; ou = 180 bpm ou &lt; ou = 55 bpm</p> <p>PA sistólica &gt; 220 mmHg e diastólica &gt; 110 mmHg com sintomas associados</p> <p>Sangramentos espontâneos</p> <p>Dor intensa (7-10/10)</p> <p>Temperatura axilar = &gt; 41°C ou &lt; = 35,9°C</p> <p>Desidratação severa</p> <p>Toxemia (cianose, taquicardia), prostrado</p> <p>Prurido generalizado, intenso</p> <p>Contato com produtos químicos de alta letalidade</p> <p>Ferimento com sangramento intenso controlável</p>	
<p>Pressão arterial convergente (diferencial &lt;20)</p> <p>Saturação de O<sup>2</sup> de 90% a 96% em ar ambiente</p> <p>FC: de 90 a 179 bpm ou de 56 a 59 bpm</p> <p>PA sistólica 150 a 219 mmHg e diastólica &lt;100 mmHg</p> <p>Presença de Petéquias</p> <p>Temperatura axilar de 38,5°C a 40,9°C</p> <p>Erupções secretantes ou bolhosas em mais de 10% do corpo</p> <p>Abcessos com sinais flogísticos</p> <p>Contato com pesticidas e organofosforados</p> <p>Dor e prurido generalizados</p> <p>Dor articular com limitação de movimentos</p> <p>Mialgia associada a outros sinais e sintomas</p> <p>Risco de contaminação contínua por produtos químicos</p> <p>Ferimento com sangramento moderado controlado</p> <p>Aumento da temperatura ao redor da articulação</p>	
<p>Temperatura axilar entre 37,6°C a 38,4°C</p> <p>Dor leve</p>	
<p>Abcessos sem sinais flogísticos</p> <p>Ferida infectada</p> <p>Prurido leve</p>	
<p>Curativos</p>	

### Fluxograma 8 - Queixas Odontológicas, Oculares e Otológicas

Discriminantes	Classificação
----------------	---------------

Comprometimento de Vias Aéreas Choque Lesão ocular química aguda	
Respiração ineficaz (Cianose intensa, dispnéia intensa, com fadiga muscular) Hemorragia incontrolável Perda de visão nas últimas 24 horas Dor intensa (7-10/10) Olho avermelhado com história de trauma ou contato com substância química Temperatura axilar = > 41°C ou < = 35,9°C	
Redução da acuidade visual corrigida nos últimos 7 dias Extração dentária recente  Temperatura axilar de 38,5°C a 40.9°C Dor moderada Perda visual súbita ou diplopia súbita Vômitos contínuos Presença de corpo estranho	
Sensação de tontura ou rodando Inchaço difuso na face Temperatura axilar entre 37,6°C a 38,4°C Olho avermelhado sem história de trauma ou contato com substâncias químicas Diplopia (visão dupla) Prurido ocular Zumbidos	
Teste de acuidade visual	

### FATORES DE RISCO CLÍNICO

- ✓ Comorbidades (DM, HAS, ICC, asma)
- ✓ Pacientes Imunodeprimidos (HIV, ICC, IRC, DM)

- ✓ Uso de medicamentos imunossupressores
- ✓ Intoxicação por drogas/produtos químicos/venenos de alta letalidade
- ✓ Pacientes em quimioterapia
- ✓ Eventos anteriores graves que exigiram internações imediatas
- ✓ Sinais vitais alterados com história progressiva de IAM e AVCE
- ✓ Idade avançada
- ✓ Sensibilidade conhecida com reações graves (alergias)

#### MECANISMOS DE TRAUMA GRAVE

- Quedas de altura superior a seis metros
- Acidente automobilístico com ejeção do veículo
- Acidente automobilístico com capotamento
- Acidente automobilístico com tempo de resgate superior a 20 minutos
- Acidente automobilístico com intrusão significativa do compartimento do motorista e/ou passageiro
- Acidente automobilístico com óbito no mesmo compartimento motorista/passageiro
- Acidente automobilístico com impacto frontal em velocidade > ou igual a 40 km/h (sem cinto de segurança ou em velocidade > 60 km/h com cinto de segurança com impacto de carro maior que 30 km/h especialmente quando o motociclista é separado da motocicleta
- Atropelamento de pedestre ou ciclista numa velocidade maior de 10 km/h ✓Queda de altura > que 3 vezes a altura da vítima

#### DESCRITORES CLÍNICOS

1. Estridor laríngeo: Som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea
2. Padrão respiratório ineficaz: dispnéia com fadiga muscular, cianose intensa, dificuldade respiratória não conseguindo falar frases completas
3. Sinais de Choque: palidez cutânea intensa, sudorese fria, PAS =< 80 mmHg, FC => 160 bpm ou bradicardia (FC =< 50 bpm)
4. Déficit neurológico novo: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros, retenção urinária aguda, liberação aguda de esfíncteres
5. Sinais de desidratação: língua seca, olhos encovados, pele com turgor pastoso



6. Sinais de hipoglicemia: tremores, tontura, palidez, sudorese fria, sensação de desmaio ou morte iminente, dor de cabeça, alteração do estado de consciência podendo chegar a convulsões.
7. Sinais de hiperglicemia: boca seca, sede, poliúria, fome, cansaço, dor de cabeça, enjojo, sonolência
8. Sinais de toxemia: febre, tremores, hipotensão, má perfusão.

### AVALIAÇÃO DA SEVERIDADE DA DOR

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ausência de dor, atividades normais, leve desconforto	Dor leve, não atrapalha as atividades normais. Pouca limitação			Dor moderada, causa dificuldades. Não realiza algumas atividades			Dor forte ou incapacitantes, não realiza atividades habituais, causa descontrole			

### ESCALA VISUAL DA DOR

 Azul	 Verde	 Amarelo	 Laranja							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor	Dor Leve			Dor Moderada			Dor Intensa			

#### Dicas de como abordar a paciente:

- Você tem dor?
  - Como você classifica sua dor? (Deixe a paciente falar livremente, faça observações na ficha de CR sobre o que ela falar)
- Observação:**
- a) Se não tiver dor, a classificação é zero.
  - b) Se a dor for leve, seu nível de referência é de 1 a 3.
  - c) Se a dor for moderada seu nível de referência é de 4 a 6
  - d) Se for intensa, seu nível de referência é de 7 a 10 (dor máxima=10 será considerada laranja na CR pois não representa risco de morte imediato)

## PARÂMETROS VITAIS

Pressão Sistólica	Pressão Diastólica	Glicemia	Frequência Cardíaca
Inaudível <=80 ou >= 220 sintomático	>131 sintomático	Glicemia capilar LOW ou HI (com alteração do estado mental)	<=50 ou >=140 sintomático
< 80 ou > 220 assintomático	>131 assintomático	Glicemia capilar LOW ou HI (sem alteração do estado mental)	>140 ou < 50 assintomático
141 a 200 mmHg	100 a 130 mmHg	>= 200 mg/dl e 40 até 60 mg/dl	91 a 139 bpm
100 a 140 mmHg	75 ± 15 mmHg	80 a 110 mg/dl	60 a 90 bpm

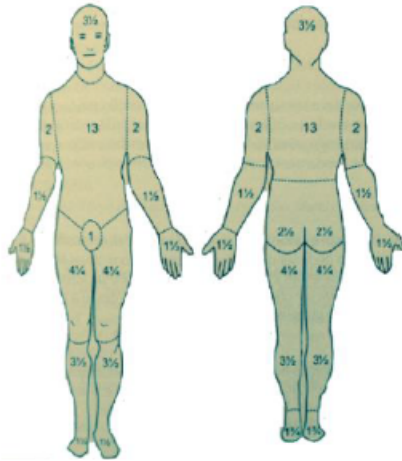
Frequência Respiratória	Saturação de O2	Temperatura Axilar
< 10 e > 32	<= 89% com O2	<=35°C ou >41°C
>= 10 até 11 e >= 31 até 32	<= 95% com O2 e <= 90% em ar ambiente.	39,0 a 40,9°C ou 35 a 35,9°C
>= 12 até 15 e >= 21 até 30	<= 95% em ar ambiente.	37,5°C a 38,9 °C
>= 16 até <= 20 ipm	96 a 100%	36,0 até 37,4°C

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW

1.Abertura ocular			
Adulto		Criança	
Escore	Resposta	Escore	Resposta
4	Espontânea	4	Espontânea
3	Ao estímulo verbal	3	Ao estímulo verbal
2	Ao estímulo nervoso	2	Ao estímulo nervoso
1	Ausente	1	Ausente
2.Resposta Verbal			
5	Orientado	5	Balucia
4	Confuso	4	Choro irritado
3	Palavras inapropriadas	3	Choro a dor
2	Sons inespecíficos	2	Gemido a dor
1	Ausente	1	Ausente
3.Resposta Motora			
6	Obedece a comando	6	Movimentação espontânea
5	Localiza dor	5	Localiza dor (retirada ao toque)
4	Retirada ao estímulo doloroso	4	Retirada ao estímulo doloroso
3	Flexão ao estímulo doloroso (Postura decorticada)	3	Flexão ao estímulo doloroso (Postura decorticada)



Grau	Profundidade	Sinais
Primeiro	Lesões apenas na epiderme	Eritema
Segundo	Lesões na epiderme e parte da derme	Eritema + bolha
Terceiro	Lesões na epiderme e derma	Branca nacarada



#### Classificação:

- **Leve** ou pequena queimadura, quando atinge menos de 10% da superfície corporal;
- **Média** queimadura atinge de 10 a 20% da superfície corporal e,
- **Grave** ou grande queimadura, quando atinge mais de 20% da superfície corporal.
- Sempre grave: quando atinge face, pescoço, tórax,