



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

Marcos Antonio Campolino

**Adaptação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco implantado nas
Unidades de Pronto Atendimento de Florianópolis: construção coletiva**

Florianópolis

2019

Marcos Antonio Campolino

**Adaptação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco implantado nas
Unidades de Pronto Atendimento de Florianópolis: construção coletiva**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento.

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Campolino, Marcos Antonio

Adaptação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco implantado nas Unidades de Pronto Atendimento de Florianópolis: construção coletiva/ Marcos Antonio Campolino; Orientadora, Eliane Regina Pereira do Nascimento.
286p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2019, Florianópolis.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Protocolo. 3. Acolhimento com Classificação de Risco. Unidade de Pronto Atendimento I. Nascimento, Eliane Regina Pereira do. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.

Marcos Antonio Campolino

Adaptação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco implantado nas Unidades de Pronto Atendimento de Florianópolis: construção coletiva

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Daniele Delacanal Lazzari, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Lúcia Nazareth Amante, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Monica Motta Lino, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Prof.^a Jane Cristina Anders, Dra.
Coordenadora do Programa

Prof.^a Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2019.

Este trabalho é dedicado à Deus, pois sem Ele não teria iniciado, muito menos terminado. Ele me concedeu forças para continuar quando tudo parecia conspirar contra; à minha mãe (*in memoriam*), senhora Beledine, que, apesar da pouca escolaridade, muito contribuiu para essa vitória, guiando-me no caminho da verdadeira sabedoria mas, infelizmente, partiu antes de ver essa conquista; à minha valorosa esposa, Fernanda, companheira de todas as horas, minha maior incentivadora; à pequena Isabela, filha amada, que muitas vezes, com lágrimas, aceitou os vários momentos de minha ausência do convívio familiar; à minha sogra, senhora Antônia, que adotou-me como filho; e aos amigos que continuaram fieis, mesmo privados da minha companhia.

AGRADECIMENTOS

A minha mentora, professora Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento, a qual tive a grata satisfação de tê-la como orientadora na graduação e, passados dez anos, ser abençoado no mestrado ao tê-la novamente como orientadora. Aos muitos e justos puxões de orelha, meu muito obrigado.

A seleta banca de qualificação e defesa, que muito contribuiu para a conclusão deste trabalho, com orientações fundamentais.

À Secretaria Municipal de Saúde, especialmente ao senhor Dr. Miguel Angelo Accetta, Gerente de Urgência e Emergência por sua solicitude e senhora MS Elizimara Ferreira Siqueira, Responsável Técnica de Enfermagem, que foi extremamente receptiva à ideia.

Ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Aos participantes dessa pesquisa, sem os quais seria impossível tal resultado.

“Todo momento de nossa vida é intensamente real, e investido de solenes responsabilidades. A ignorância não será desculpa” (WHITE, 1952, p. 38).

RESUMO

Acolhimento com Classificação de Risco é uma diretriz da Política Nacional de Humanização. Por meio da adoção de protocolos, visa garantir ao usuário a equidade nas emergências, promovendo atendimento alicerçado no grau de sofrimento ou potencial de risco. Realizou-se esta dissertação com base em duas Unidades de Pronto Atendimento localizadas no mesmo município do Sul do País que, apesar de atenderem quantidades semelhantes de pessoas, possuem estratos classificatórios com expressivas diferenças, indicando ausência de padronização no processo de priorização. **Questão de pesquisa:** Que adaptações do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco são necessárias para atender aos problemas de saúde dos usuários que procuram atendimento nas UPA municipais de uma cidade da Região Sul? **Objetivos:** Propor um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco a ser implantado nas Unidades de Pronto Atendimento de uma cidade da Região sul do País, com base em um modelo apresentado; identificar junto aos enfermeiros os aspectos positivos e as fragilidades do protocolo apresentado e analisar as sugestões apontadas para adequação dessa proposta. **Método:** Estudo qualitativo, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial, autorizada pelo Parecer 3.232.489. A coleta de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2019, por meio de entrevista semiestruturada, realizada com 19 enfermeiros classificadores. Os dados foram escrutinados por meio da análise de conteúdo. **Resultados:** a análise dos dados originou três categorias: aspectos positivos do protocolo apresentado; fragilidades na implantação e sugestões para melhorar a proposta apresentada. Os aspectos positivos foram: padronização da avaliação; segurança para o profissional; justiça na avaliação; e organização no atendimento por necessidade clínica e não por ordem de chegada. Dentre as fragilidades surgiram: engessamento do classificador; subjetividade da dor informada; tempo para uso e para as adaptações do protocolo. Das sugestões para melhorar, 105 foram acrescentadas na proposta final do protocolo, dentre elas: eliminação de fluxogramas; inserção de escala visual dor em todos descritores com avaliação algica; alteração de layout do fluxograma; alterações em termos; delimitação explícita de valor de sinais vitais; exclusão de definições patológicas; diminuição r número de cliques necessário para mudar de prioridade; especificação de termos; permitir “caminhar” livremente pelas prioridades. Essa dissertação resultou em um manuscrito e um produto. O Produto adaptado coletivamente baliza, com segurança, o tempo de espera do usuário até a classificação de risco e, principalmente, até o atendimento médico; respalda legalmente o classificador em sua função de acolher e classificar; e fortalece o posicionamento estratégico das Unidades de Pronto Atendimento para a saúde pública do município, beneficiando a sociedade. **Conclusão:** A adaptação do protocolo, a realidade do serviço e com a participação dos profissionais, aliado aos aspectos positivos apontados pelos profissionais, poderá facilitar a sua implementação. Propõe-se a implantação nas Unidades de Emergência desse município, dentro do prontuário eletrônico, intensificando o uso que levará ao seu aperfeiçoamento.

Palavras-chave: Acolhimento com Classificação de Risco. Protocolo. Unidades de Pronto Atendimento. Serviço Médico de Emergência.

ABSTRACT

Reception with Risk Classification is a guideline of the National Humanization Policy. Through the adoption of protocols, seeks to ensure the user the equity in emergencies, promoting care grounded in the degree of suffering or risk potential. This dissertation was carried out based on two Emergency Care Units located in the same municipality in the South of the country, which, despite serving similar numbers of people, have classificatory strata with significant differences, indicating the absence of standardization in the prioritization process. **Research question:** What adaptations of the Reception Protocol with Risk Classification are necessary to meet the health problems of users who seek care at municipal UPAs in a city in the South Region? **Objectives:** To propose a Reception Protocol with Risk Classification to be implemented in the Emergency Care Units of a city in the southern region of the country, based on a model presented; identifying itself to nurses the strengths and the weaknesses of the protocol presented and analyze the suggestions given for adaptation of this proposal. **Method:** Qualitative study, of the Convergent Assistance Research type, authorized by Opinion 3,232,489. Data collection took place between October and November 2019, through a semi-structured interview, conducted with 19 classifying nurses. The data were scrutinized through content analysis. **Results:** the analysis of the data originated three categories: positive aspects of the presented protocol; weaknesses in the implementation and suggestions to improve the proposal presented. The positive aspects were: standardization of the evaluation; security for the professional; fairness in evaluation; and organization of care by clinical need and not on a first-come, first-served basis. Among the weaknesses emerged: plastering of the classifier; subjectivity of informed pain; time for use and for protocol adaptations. Of the suggestions for improvement, 105 were added to the final protocol proposal, including: elimination of flowcharts; visual pain scale insertion in all descriptors with pain evaluation; changing the flowchart layout; changes in terms; explicit delimitation of vital signs value; exclusion of pathological definitions; decrease r number of clicks needed to change priority; specification of terms; allow to “walk” freely through priorities. This dissertation resulted in a manuscript and a product. The product, collectively adapted, secures the user's waiting time until the risk classification and, mainly, until medical care; legally supports the classifier in its function of welcoming and classifying; and strengthens the strategic positioning of the Emergency Care Units for public health in the municipality, benefiting society. Conclusion: The adaptation of the protocol, the reality of the service and with the participation of the professionals, combined with the positive aspects pointed out by the professionals, may facilitate its implementation. It is proposed to implant it in the Emergency Units of this municipality, within the electronic medical record, intensifying the use that will lead to its improvement.

Keywords: Reception with Risk Classification. Protocol. Emergency Care Units. Emergency Medical Service.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tempo de espera pelo atendimento médico conforme cada nível de gravidade	19
Figura 2 - Rede de Atenção à Saúde.....	45
Figura 3 - Redes dos SUS e respectivos nomes fantasias	47
Figura 4 - Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).....	48
Figura 5 - Fluxograma de Manchester.....	55
Figura 6 - Fluxograma de Acolhimento com Classificação de Risco do SUS	56
Figura 7 - Fluxograma de Acolhimento com Classificação de Belo Horizonte	58
Figura 8 - Rede de Atenção às Urgências.....	64
Figura 9 - Rede de Atenção às Urgências - Distribuição dos Centros de Saúde.....	64
Figura 10 - Rede de Atenção as Urgências – Estruturas de média complexidade	66
Figura 11 - Rede de Atenção às Urgências – Hospitais	67
Figura 12 - Localização geográfica com distância entre a UPA-A e UPA-B	69
Figura 13 - Fachada da UPA-A	71
Figura 14 – Fachada da UPA-B (edificação fechada para reforma).....	72
Figura 15 - Fachada da UPA-B (edificação provisória)	73
Figura 16 - Classificação final.....	106
Figura 17 - Estruturação do Produto	126
Figura 18 - Escolha de um fluxograma por topografia anatômica	126
Figura 19 - Análise dos descritores da prioridade vermelha	127
Figura 20 - Análise dos descritores da prioridade laranja	128
Figura 21 - Análise dos descritores da prioridade amarela	129
Figura 22 - Análise dos descritores da prioridade verde	130
Figura 23 - Classificação de situação exemplo	130

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Mnemônico conforme classificação	23
Quadro 2 - Fases da revisão de literatura	25
Quadro 3 - Estratégia de busca nas bases de dados	26
Quadro 4 - Estratégia de busca nas bases de dados	27
Quadro 5 - Características dos arquivos recuperados segundo ano, base, periódico, autores, objetivos, resultados e conclusões	29
Quadro 6 - Análise dos artigos incluídos na pesquisa	38
Quadro 7 - Quantitativo de médicos em 24 horas para funcionamento e o valor do incentivo financeiro de nova ou de qualificação ou ambas, de uma UPAs 24h segundo opções	50
Quadro 8 - Comparativo de priorização dos atendimentos realizados no ano de 2017 nas UPA-A e B.....	74
Quadro 9 - Cronologia das etapas da pesquisa	79
Quadro 10 - Sugestões de alterações do produto apontadas pelos participantes.....	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Acolhimento com Classificação de Risco por categoria e Unidade de atendimento nas UPA municipais, durante o ano de 2017.....	20
Tabela 2 Distribuição os artigos recuperados nas bases BDENF, LILACS e PubMed no período 2015-2019.....	28
Tabela 3 - Artigos de revisão conforme bases BDENF, LILACS e PubMed no período 2015-2019.....	37
Tabela 4 - Distribuição dos desfechos conforme fluxograma e nível de prioridade.....	166

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ASU	Autosocorro de Urgência
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
MS	Ministério da Saúde
PACCR	Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
PNH/ HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS
PNHAH	Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RAU	Rede de Atenção às Urgências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Sala de Estabilização
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	PROPOSTA DE MODELO DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA UPAS	21
1.1.1	Etapas na elaboração do modelo de protocolo	21
1.2	OBJETIVOS	24
1.2.1	Objetivo Geral	24
1.2.2	Objetivos Específicos	24
2	REVISÃO DA LITERATURA	25
2.1	DISCUSSÃO	38
2.2	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	43
2.2.1	Política Nacional de Atenção às Urgências	46
2.2.1.1	Unidades de Pronto Atendimento	48
2.2.2	Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS	50
2.2.3	Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco	52
2.2.3.1	Manchester Triage System.....	54
2.2.3.2	Acolhimento com Classificação de Risco do SUS/Ministério da Saúde	55
2.2.3.3	Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco de Belo Horizonte - MG ..	57
2.2.3.4	Protocolo de Santa Catarina: Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco (PACCR).....	59
3	METODOLOGIA	60
3.1	ETAPAS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL (PCA).....	60
3.1.1	Fase de Concepção	61
3.1.2	Fase de Instrumentação	61
3.1.2.1	Dimensão ética.....	61
3.1.2.2	Caracterização dos locais de estudo.....	63
3.1.2.2.1	<i>Unidade de Pronto Atendimento A</i>	70
3.1.2.2.2	<i>Unidade de Pronto Atendimento B</i>	71
3.1.2.2.3	Diferença entre as Unidade de Pronto Atendimento A e B	73
3.1.2.3	Participantes da pesquisa	74

3.1.2.4	Instrumentos e técnicas de coleta de dados.....	75
3.1.2.4.1	<i>Entrevista semiestruturada</i>	75
3.1.2.4.2	<i>Encontro de Discussão</i>	75
3.1.3	Fase de Perscrutação	75
3.1.3.1	Entrega do Protocolo.....	75
3.1.3.2	Entrevista	76
3.1.3.3	Análise dos dados	77
3.1.3.4	Encontro de Discussão	78
3.1.3.5	Apresentação do produto aos enfermeiros das UPAs	78
3.1.3.6	Cronograma sucinto	79
4	RESULTADOS	80
4.1	CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE ALGUNS TERMOS	80
4.1.1	Acolhimento	80
4.1.2	Classificação de Risco	81
4.1.3	Triagem	82
4.1.4	Protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco	83
4.2	INFERÊNCIAS DOS PARTICIPANTES SOBRE O PRODUTO	83
4.2.1	Vantagens ao enfermeiro da implantação de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco	84
4.2.2	Vantagens ao usuário da implantação de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco	84
4.2.3	Vantagens ao município da implantação de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco	85
4.3	POTENCIALIDADES DA PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	85
4.4	FRAGILIDADES DA PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	86
4.5	SUGESTÕES PARA MELHORAR A PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	88
4.5.1	Sugestões de melhoria atendidas	88
4.5.2	Sugestão atendida parcialmente	106
4.5.3	Sugestões de melhoria dependentes da SMS	107
4.6	MANUSCRITO	108

4.7	PRODUTO.....	125
4.7.1	Instruções para uso do Produto.....	125
4.7.2	Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para Unidade de Pronto Atendimento	131
4.7.3	Relação dos possíveis desfechos	166
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	230
	REFERÊNCIAS	235
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	241
	ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DA PESQUISA.....	246
	APÊNDICE A – MODELO DE PACCR A SER AVALIADO PELOS ENFERMEIROS...	247
	APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA	280
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (ENTREVISTA)	282
	APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ	284

1 INTRODUÇÃO

Acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) que visa o comprometimento em atender a demanda de outrem, sem vinculação a local ou pessoa específica (SILVA *et al*, 2018), por meio de um processo de comunicação que permita àquele que procurou auxílio sentir-se incluído (HOLANDA, MARRA & CUNHA, 2014).

Já Classificação ou Avaliação de risco foi a estratégia que surgiu para garantir a equidade nas emergências frente a superlotação, ou seja, é a mudança de paradigma do atendimento por ordem de chegada para o baseado em evidências científicas, de forma que quanto maior o grau de sofrimento, agravo à saúde e potencial de risco, mais breve será o cidadão atendido pelo médico (SACOMAN *et al*, 2019).

Da aglutinação desses dois conceitos resulta o binômio Acolhimento com Classificação de Risco, que não são sinônimos ou excludentes, mas sim o resultado do comprometimento da instituição e do trabalhador em garantir, por meio de protocolos instituídos, atendimento a todos priorizando aqueles que mais necessitam, por motivo de sofrimento físico e/ou mental.

O aumento da expectativa de vida, o crescimento da morbidade e da mortalidade decorrentes de causas externas, bem como a emergência/reemergência de doenças infecciosas e parasitárias, impactam fortemente na história do Sistema Único de Saúde (SUS) (VIACAVA *et al*, 2018).

Por conta da morosidade em nível ambulatorial, a população passou a usar indiscriminadamente as Unidades de Emergência como porta de entrada no sistema de saúde, público e privado, em busca de consultas ou exames (RONCALLI *et al*, 2017b).

No início dos anos 2000, o Governo Federal, com objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde, priorizou a criação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, os quais, implicitamente, já apresentavam a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h). As UPAs foram criadas para atender a demanda das pessoas que, para elucidação diagnóstica, não necessitassem de internação ou exames e/ou consultas médicas especializadas. Houve também a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2017) com uma vertente específica na urgência, de tal forma que as Instituições foram incentivadas por meio de pactuações, capacitações e

repassa financeiro a implantarem o Acolhimento com Classificação de Risco como critério para acesso ao sistema de saúde de urgência (BRASIL, 2004).

A população que procura os serviços de emergência, em geral desconhece os critérios de priorização, entendendo que o atendimento médico deve conforme a ordem da fila. Isso acarreta conflitos entre o classificador e o usuário, especialmente aqueles classificados com baixa prioridade (CAMPOS; SOUZA, 2014).

Empiricamente, percebe-se que tal situação piora quando envolve pessoas que, por características intrínsecas, apresentam redução na mobilidade, flexibilidade, coordenação motora ou percepção – comum a idosos, gestantes, lactantes, pessoas com criança de colo, obesos, deficientes físicos e/ou mentais – com intensificação do desagrado quando há predileção pelo usuário embriagado ou sobre efeito de outras drogas, ou mesmo pelo usuário sob escolta policial.

Na emergência, apenas o médico tem amparo legal para realizar triagem, ou seja, dispensar um indivíduo sem atendimento. Já a Classificação de Risco objetiva, por meio de protocolos instituídos, sistematizar a avaliação e garantir o atendimento conforme a necessidade do usuário, não da ordem de chegada ao serviço, sem realizar diagnóstico prévio ou excluir esse usuário do atendimento médico. Não se pode, portanto, confundir esses termos ou entendê-los como sinônimos (BRASIL, 2009; BRASIL, 2004).

Para o Ministério da Saúde, o protocolo deve ter no mínimo quatro níveis de estratificação; os usuários devem ser classificados por cor e não número, e essa identificação não deve ser colocada no usuário, pois este pode ser reclassificado devido a alteração de quadro enquanto aguarda atendimento médico (BRASIL, 2009).

Em um estudo com enfermeiros e médicos sobre a avaliação de uma Unidade de Pronto Atendimento quanto ao Acolhimento com Classificação de Risco, utilizando as dimensões estrutura, processo e resultados, concluiu-se que todas foram avaliadas como precárias (HERMIDA *et al*, 2018). Entende-se que tal resultado advém do fato de que o Acolhimento com Classificação de Risco é relativamente novo e, possivelmente, ainda carece de real entendimento tanto dos profissionais quanto dos usuários do sistema, além da necessidade de mais investimentos na estrutura e preparo dos profissionais.

A elaboração de um documento organizativo de fluxo de atendimento nas emergências pode surgir de outros disponíveis na literatura, no entanto deve sempre considerar as particularidades de cada serviço, bem como as especificidades locais. Também é relevante que as unidades de emergência de uma mesma região tenham os Protocolos de

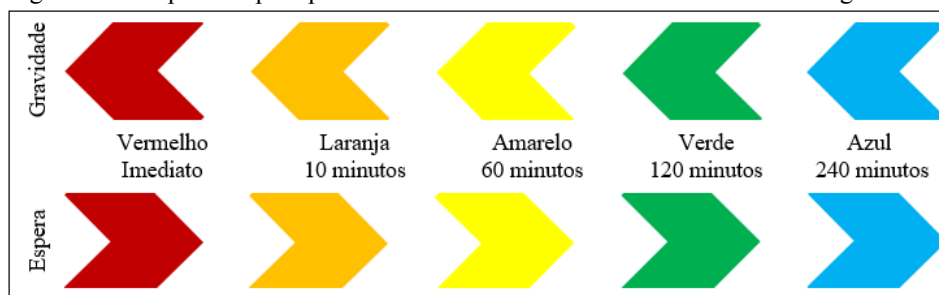
Acolhimento com Classificação de Risco semelhantes, para que se forme um pensamento uniforme entre as pessoas que buscam atendimento (BRASIL, 2009).

O direito do usuário ao Acolhimento com Classificação de Risco ampliou a área de atuação do enfermeiro, porém todo direito traz consigo responsabilidade. Neste caso, pode-se citar a implicação legal decorrente da priorização incorreta e/ou demora no atendimento médico.

O enfermeiro deve reavaliar constantemente o usuário e, utilizando uma comunicação compreensível à circunstância deste, informá-lo quanto a sua cor de classificação, bem como quanto a sua prioridade e o tempo previsto para seu atendimento pelo médico. Quando necessário, o enfermeiro deve também informar o motivo da demora no atendimento médico, buscando minimizar interpretações equivocadas.

Segundo Mackway-Jones, Marsden e Windle (2018) o motivo relatado pelo usuário para procurar um serviço de emergência, juntamente com os sinais vitais no momento do Acolhimento com Classificação de Risco, o colocam em cinco níveis de priorização. A cada nível há uma estimativa de tempo máximo de espera para o atendimento médico, que é inversamente proporcional à gravidade do quadro apresentado pelo usuário; portanto, quanto mais grave for classificado o usuário, menor será o tempo que ele deverá aguardar atendimento médico, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1 - Tempo de espera pelo atendimento médico conforme cada nível de gravidade



Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

Para realizar a estratificação de risco, o profissional não deve apoiar sua decisão unicamente em critérios subjetivos próprios ou da pessoa a ser atendida. Deve, portanto, basear-se em fundamentos científicos como instrumentos estabelecidos que considerem o contexto onde está inserido: atendimento hospitalar ou pré-hospitalar, público que será atendido, bem como quais profissionais manipularão o protocolo.

Durante o ano de 2017, na UPA-A ocorreram 48,41% do total dos registros de Acolhimentos com Classificação de Risco, e na UPA-B, o restante - 51,59%, ou seja, a

distribuição foi quase igual. Porém, ao analisar o quantitativo por estratos de classificação, observam-se diferenças significativas, como por exemplo: o estrato azul na UPA-A correspondeu a apenas 3,82% sobre o total daquela Unidade, enquanto na UPA-B representou 55,55% do seu total. Essa desproporção também é notada nos classificados em outras cores, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Acolhimento com Classificação de Risco por categoria e Unidade de atendimento nas UPA municipais, durante o ano de 2017.

Categoria	UPA-A		UPA-B	
	n	%	n	%
Azul (ambulatorial)	2.023	3,82	31.370	55,55
Verde (intercorrência)	41.569	78,45	18.871	33,42
Amarelo (urgência)	9.023	17,03	6.101	10,80
Vermelho (emergência)	373	0,70	130	0,23
Total por Unidade	52.988	100,00	56.472	100,00

Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis (2018).

Ao final de 2017, a Secretaria Municipal de Saúde determinou a capacitação dos enfermeiros das UPAs para a padronização do Acolhimento com Classificação de Risco, segundo um documento disponível na *internet* e atribuído como modelo de protocolo adotado nas UPA de Belo Horizonte.

Já na primeira turma de capacitação, observou-se que o protocolo definido como base não se adequava às particularidades das UPAs municipais. Por isso, essa padronização foi postergada e foi definido que alguns enfermeiros, representantes das duas Unidades, reuniram-se para criar um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco.

A partir de meados de 2018, um grupo formado por cinco enfermeiros de ambas as Unidades, coordenados pela responsável técnica de enfermagem do município, com base no Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco de Belo Horizonte, iniciou a elaboração de uma proposta de Protocolo. A partir da sexta reunião, foram agregados a esse grupo, enfermeiros de Centros de Saúde (CS), totalizando oito profissionais em três encontros.

Na primeira reunião do grupo ampliado, surgiu a proposta de inserção de uma sexta prioridade de classificação, na cor branca. Esta daria ao enfermeiro das UPAs uma autonomia semelhante aos pares do CS, para execução de atividades como prescrição de medicamentos e solicitação e interpretação de exames, de forma que o usuário que nela fosse estratificado teria sua demanda atendida pelo próprio enfermeiro que o classificou, ou outro a quem fosse encaminhado.

Esperava-se que esse protocolo criado fosse o instrumento a ser aplicado durante essa pesquisa junto aos enfermeiros assistenciais das Unidades de Pronto Atendimento, ajustado às necessidades do serviço e, posteriormente, avaliado pelos gestores, para então ser implementado como protocolo oficial de Acolhimento com Classificação de Risco das UPAs desse município. Porém, a incompatibilidade de agenda desses profissionais – vínculo trabalhista de alguns, diferença na conformação da jornada de trabalho, excesso de atividades, incluindo algumas com prazo legal para término; questões de saúde e até de morte em família de participantes, dentre outros – levou à paralização das atividades.

1.1 PROPOSTA DE MODELO DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA UPAS

A procrastinação, bem como a limitação ética de utilizar um protótipo inacabado de autoria coletiva, levou o pesquisador a elaborar um modelo de protocolo de acolhimento com classificação de risco para UPAs que pudesse ser avaliado e melhorado através de sugestões dos enfermeiros assistenciais dessas Unidades.

O pesquisador utilizou-se, inicialmente, dos seguintes modelos:

- a) protocolo de Manchester criado na Inglaterra, composto de cinco níveis de prioridade baseados no tempo máximo que o usuário poderá aguardar atendimento médico;
- b) protocolo de acolhimento com classificação de risco de Santa Catarina, composto por 59 fluxogramas, sendo 9 específicos para pediatria, que levam a 251 descritores, e 50 fluxogramas destinados a adultos, que geram possíveis 866 desfechos;
- c) protocolo de acolhimento com classificação de risco de Belo Horizonte, composto por 19 fluxogramas adultos que direcionam para 486 descritores, distribuídos da seguinte forma: 222 de clínica médica; 91 de cirurgia geral; 52 de neurologia; 31 de ortopedia; 20 de psiquiatria; 14 de neurocirurgia; cirurgia plástica, ginecologia e obstetrícia cada uma com 13 e por fim 17 em que qualquer especialidade poderá atender.

1.1.1 Etapas na elaboração do modelo de protocolo

O protocolo submetido à apreciação dos enfermeiros das UPAs continha nove fluxogramas e 480 descritores (Apêndice A) e foi construído da seguinte forma:

- a) Concordando com Rodriguez-Herrera (2019) quando afirma que a anatomia permite compreender a estrutura e função do corpo humano, o pesquisador entendeu ser de fácil assimilação um modelo de protocolo de classificação de risco alicerçado na anatomia topográfica. Para tanto, dividiu o corpo humano em cabeça, pescoço, tórax, abdome, pelve, costas e extremidades;
- b) todos os fluxogramas, referentes a adultos, dos protocolos de Santa Catarina, Belo Horizonte e de Manchester foram associados à parte anatômica a qual relacionavam-se;
- c) manteve-se o nível de prioridade, e quando descritores semelhantes resultavam em estratos diferentes, optou-se por aquela que desse maior preferência ao usuário em avaliação, por se entender que o protocolo deve ser protetivo;
- d) elaboração de um glossário de todos os descritores utilizados, separados por fluxogramas e numerados dentro de cada prioridade;
- e) em cada fluxograma, numeração dos descritores dentro de cada prioridade, para facilitar o encontro do termo no glossário;
- f) criação de um mnemônico para auxiliar a memorização do protocolo, composto das letras “A”, “B”, “C”, “D” “E” e “F”, em que a letra “A” significa Alerta e evoca nível de consciência; “B” refere-se a Boa ventilação; “C” está relacionado a Circulação; “D” diz respeito a Dor; “E” refere-se a Elevação de temperatura e “F” relembra o classificador que, se nada encontrou de alterado até o momento, deve Fixar atenção no relato e achados pois algum problema trouxe o usuário até a UPA (Quadro 1).

Quadro 1- Mnemônico conforme classificação

<p>A = Alerta</p> <p>B = Boa ventilação</p> <p>C = Circulação</p>
<p>A = Alerta</p> <p>B = Boa ventilação</p> <p>C = Circulação</p> <p>D = Dor</p> <p>E = Elevação de temperatura</p> <p>F = Fixo a atenção</p>
<p>A = Alerta</p> <p>B = Boa ventilação</p> <p>C = Circulação</p> <p>D = Dor</p> <p>E = Elevação de temperatura</p> <p>F = Fixo a atenção.</p>
<p>A = Alerta</p> <p>B = Boa ventilação</p> <p>C = Circulação</p> <p>D = Dor</p> <p>E = Elevação de temperatura</p> <p>F = Fixo a atenção.</p>
<p>D = Dor</p> <p>E = Elevação de temperatura</p> <p>F = Fixo a atenção.</p>

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

Esse cenário levou à seguinte questão de pesquisa: que adaptações do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco são necessárias para atender aos problemas de saúde dos usuários que procuram atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento municipais de uma cidade da Região Sul?

O pesquisador entende que o contexto relatado associado a inclusão do ACCR na tabela de procedimentos do SUS, que indiretamente traz a valorização do enfermeiro e do acolhimento com classificação de risco em si, somado à determinação legal de competência

do gestor em implantar na UPA o ACCR, bem como fazer cumprir os protocolos clínicos e dar apoio técnico e logístico para o bom funcionamento (BRASIL, 2017), justifiquem a relevância do presente trabalho.

1.2 OBJETIVOS

Abaixo estão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos dessa dissertação.

1.2.1 Objetivo Geral

Propor um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco a ser implantado nas Unidades de Pronto Atendimento, de Florianópolis, com base em um modelo existente.

1.2.2 Objetivos Específicos

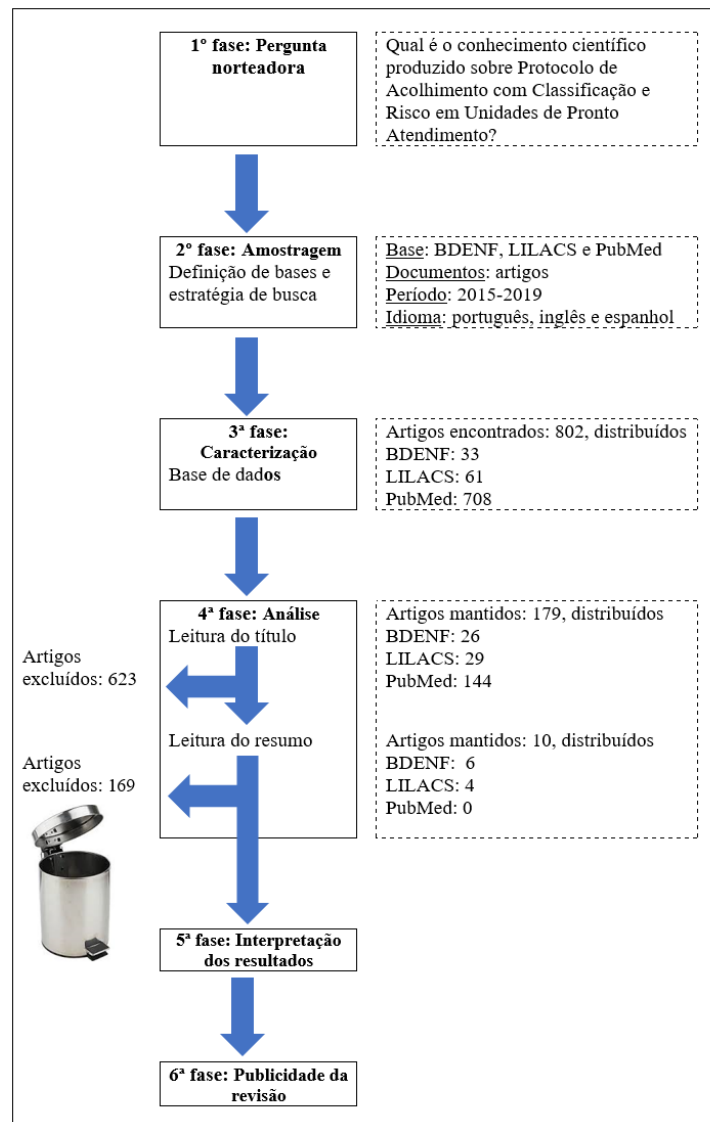
- a) Identificar junto aos enfermeiros os aspectos positivos e as fragilidades do protocolo apresentado.
- b) Analisar as sugestões apontadas pelos enfermeiros para adequação do protocolo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A Revisão da literatura discorreu sobre os fundamentos do Acolhimento com Classificação de Risco e o regramento jurídico que lhe deu origem e fundamenta as duas políticas públicas relacionadas diretamente com objeto desse trabalho, quais sejam a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e a Política Nacional de Humanização (PNH) e as legislações correlacionadas dos Conselhos de Enfermagem e de Medicina.

O procedimento adotado para essa revisão, mesmo não seguindo todos os passos de uma revisão integrativa, foi baseado em Ganong (1987) adaptado de Jackson (1980), em seis etapas, conforme Quadro 2, detalhas no transcorrer desse tópico.

Quadro 2 - Fases da revisão de literatura



Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

a) Pergunta norteadora, que visa formular a questão a ser respondida pela revisão ou hipótese a ser testada, sendo:

Qual é o conhecimento científico produzido sobre Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Unidades de Pronto Atendimento?

b) Amostragem que tem como objetivo estabelecer critérios provisórios para a inclusão de estudos na revisão, de modo que à medida que os dados sejam coletados, os parâmetros possam ser alterados por razões substantivas ou metodológicas.

No dia 02/12/2019, realizou-se a busca de artigos. Para tanto, foram utilizados os seguintes filtros: texto completo; idiomas: português, inglês e espanhol; ano de publicação: 2015 a 2019 (totalizando últimos cinco anos); tipo de documento: artigos e bases de dados: base de dados de enfermagem (BDENF); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *US National Library of Medicine* (PubMed).

A escolha dessas bases se deu pelo fato de a BDENF ser uma base de dados de enfermagem; LILACS ser uma base de dados latino-americana e caribenha das ciências da saúde, e PubMed ser multidisciplinar.

Para definição dos descritores e sinônimos utilizou-se o DeCS (<http://decs.bvs.br>) para português e espanhol e o MeSH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) para o idioma inglês. (Quadro 3).

Quadro 3 - Estratégia de busca nas bases de dados

(continua)

	Assunto e sinônimos em português	Assunto e sinônimos em espanhol	Assunto e sinônimos em inglês
Assunto 1	“Acolhimento	<i>Acogimiento</i>	<i>User Embracement</i>
Assunto 2	Classificação de riscos Triagem <i>Emergency Severity Index</i> ESI <i>Manchester Triag System</i>	<i>Triaje</i>	<i>Triage</i>

Quadro 4 - Estratégia de busca nas bases de dados

(continuação)

	Assunto e sinônimos em português	Assunto e sinônimos em espanhol	Assunto e sinônimos em inglês
Assunto 3	Unidades de Pronto atendimento (UPA) Emergência Urgência Atendimento Pré-Hospitalar Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar Centros de Emergência Pronto-Socorro SAMU Serviços de Atendimento de Emergência Serviços de Saúde de Emergência Serviços Médicos de Emergência	<i>Unidades de atención de emergencia</i> <i>unidades de pronta atención</i> <i>urgencias medicas</i> <i>Servicios Médicos de Urgencia</i>	<i>Emergencies</i> <i>Emergency Care Units</i> <i>Emergency Medical Services</i>

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

A estratégia de busca para recuperar artigos foi (“Acolhimento” OR “*Acogimiento*” OR “*user Embrace*ment” OR “Classificação de riscos” OR “Triagem” OR “*Emergency Severity Index*” OR “ESI” OR “*Manchester Triag System*” OR “*triaje*” OR “*Triage*”) AND (“Unidades de Pronto atendimento” OR “UPA” OR “*Unidades de atención de emergencia*” OR “*unidades de pronta atención*” OR “*Emergency Care Units*” OR “*Emergency Medical Services*”).

- c) Caracterização que é o cerne da revisão integrativa e consiste em documentar todas as características que podem afetar os resultados, e sistematicamente examinar, especialmente tamanho da amostra, características de status dos sujeitos, métodos de designação de participantes, medição de variáveis independentes e dependentes, atrito da amostra, método de análise de dados e teoria ou estrutura conceitual utilizada. Essa fase equivale a coleta e análise de dados do trabalho originário.

Foram recuperados 802 artigos, distribuídos nas bases selecionadas no período de 2015 a 2019, conforme a tabela 2.

Tabela 2 Distribuição os artigos recuperados nas bases BDNF, LILACS e PubMed no período 2015-2019

Ano	BDNF	LILACS	PubMed	Total
2019	5	9	114	128
2018	8	12	154	174
2017	9	10	157	176
2016	10	17	156	183
2015	1	13	127	141
Total	33	61	708	802

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

- d) Análise realizada através de ferramentas estatísticas permite-se que o leitor possa analisar e determinar se as regras de inferência são apropriadas; se foram aplicadas corretamente aos estudos e se conclusões similares seriam obtidas por outros revisores se diferentes análises tivessem sido usadas.

Procedeu-se a leitura do título de cada artigo e eliminou-se aqueles que continham as expressões que caracterizam atendimento pré-hospitalar móvel, como: APH móvel; unidade móvel; triagem de chamada; triagem telefônica, despacho; incidentes com vítimas em massa ou múltiplas vítimas; triagem de campo; 911; 112 (números de acionamento do sistema de emergência médico nos EUA e na Europa, respectivamente); aérea; serviço de emergência médica e EMS. Também foram eliminados os que continham palavras relacionadas a hospital: hospital; hospitalar; equipe de trauma; departamento de emergência, DE.

Artigos que continham em seu título indicação de pediatria também foram eliminados: pediátrica e infantil; e, por fim, estudo de revisão integrativa, sistemática ou metanálise. Por esses critérios de exclusão, foram desconsiderados 623 artigos, restando 179 para leitura do resumo.

A partir da leitura dos resumos, 169 trabalhos remanesceram, restando 10 artigos para serem lidos na íntegra, os quais estavam distribuídos da seguinte forma: seis na base de dados BDNF; cinco na LILACS e um na PubMed, como detalhado nos quadros a seguir.

Quadro 5 - Características dos arquivos recuperados segundo ano, base, periódico, autores, objetivos, resultados e conclusões

(continua)

Ano/ Base	Artigo	Revista	Autores	Objetivos	Resultados	Conclusões
2019/ LILAC S	Responsividade do acolhimento com classificação de risco: avaliação dos usuários em unidade de pronto atendimento(1)	Texto & contexto	Hermida, Patrícia Madalena Vieira; Nascimento, Eliane Regina Pereira do; Echevarría-Guanilo, Maria Elena; Vituri, Dagmar Willamovius; Martins, Sabrina Regina; Barbosa, Sarah Soares.	Avaliar, com os usuários, a responsividade do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento e analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e de atendimento com a avaliação da responsividade.	Os domínios que se destacaram com boa responsividade foram dignidade (97,8%), comunicação (93,9%) e instalações (91,1%). A agilidade obteve o menor percentual (56,6%). A média geral de boa responsividade do acolhimento com Classificação de Risco foi 82,1%. Houve diferença estatística significativa das características de perfil dos usuários (sexo, idade, estado civil e escolaridade) e do número de vezes que o usuário foi atendido no serviço com a boa responsividade.	O acolhimento com classificação de risco apresentou boa responsividade, entretanto, há necessidade de melhorias, especialmente relacionadas à agilidade do atendimento. A avaliação da responsividade pelos usuários está associada às variáveis sociodemográficas e de atendimento.
2019/ LILAC S	Contrarreferência em Unidade de Pronto Atendimento: discurso do sujeito coletivo(2)	Revista Brasileira de Enfermagem	Hermida, Patrícia Madalena Vieira; Nascimento, Eliane Regina Pereira do; Echevarría-Guanilo, Maria Elena; Andrade, Selma Regina de; Ortiga, Ângela Maria Blatt.	Descrever as facilidades e dificuldades da contrarreferência de uma Unidade de Pronto Atendimento do estado de Santa Catarina.	As facilidades da contrarreferência correspondem às estratégias de comunicação com a Atenção Básica: acolhimento; boas relações interpessoais; e prontuário eletrônico em rede. As dificuldades estão relacionadas às deficiências da Atenção Básica e dos serviços especializados, como o quantitativo insuficiente de médicos e a demora no agendamento de consultas e de exames mais complexos	As dificuldades evidenciadas indicam expressivos desafios do sistema de saúde local na busca da integração entre os pontos de atenção às urgências.

Quadro 5 - Características dos arquivos recuperados segundo ano, base, periódico, autores, objetivos, resultados e conclusões

(continuação)

Ano/ Base	Artigo	Revista	Autores	Objetivos	Resultados	Conclusões
2018/ LILAC S	Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo (3)	Revista de Escola de Enfermagem de USP	Hermida, Patrícia Madalena Vieira; Nascimento, Eliane Regina Pereira do; Echevarría-Guanilo, Maria Elena; Brüggemann, Odaléa Maria; Malfussi, Luciana Bihain Hagemann de.	Descrever a avaliação da estrutura, processo e resultado do Acolhimento com Classificação de Risco, na perspectiva dos médicos e enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento.	Na análise, aplicaram-se a estatística descritiva, o cálculo do Ranking Médio e o da Pontuação Média. Resultados A amostra foi de 37 participantes. Dos 21 itens avaliados, 11 (52,4%) tiveram Ranking Médio entre 3 e 4, e nenhum atingiu o máximo (5 pontos). A "Priorização dos casos graves" e o "Atendimento primário por gravidade do caso" obtiveram maior Ranking Médio (4,5), enquanto a "Discussão sobre fluxograma" revelou menor Ranking (2,1). As dimensões Estrutura, Processo e Resultado atingiram, respectivamente, as pontuações médias 23,9, 21,9 e 25,5, indicando avaliação Precária (17,5 a 26,1 pontos).	Há precarização do Acolhimento com Classificação de Risco, em especial no que se refere ao processo, que obteve menor nível de satisfação dos participantes.

Quadro 5 - Características dos arquivos recuperados segundo ano, base, periódico, autores, objetivos, resultados e conclusões

(continuação)

Ano/ Base	Artigo	Revista	Autores	Objetivos	Resultados	Conclusões
2017/ BDENF	Acolhimento com Classificação de Risco: percepções de usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento (4)	Texto & contexto	Oliveira, João Lucas Campos de; Gatti, Ana Paula; Barreto, Mayckel da Silva; Bellucci Junior, José Aparecido; Góes, Herbert Leopoldo de Freitas; Matsuda, Laura Misue.	Apreender a percepção de usuários de uma unidade emergencial sobre o atendimento embasado no Acolhimento com Classificação de Risco.	Realizou-se análise de conteúdo dos dados, modalidade temática, da qual resultaram duas categorias: A classificação de risco como vantagem no atendimento às emergências; e Discordância com a classificação de risco estabelecida pelos profissionais. Apesar de os usuários perceberem o Acolhimento com Classificação de Risco como meio que otimiza o atendimento em emergências, houve quem discordasse da classificação atribuída pelos profissionais.	O Acolhimento com Classificação de Risco necessita de maior divulgação de seus objetivos visando a melhor aceitação de seus resultados pela sociedade, pois quando classificados como de menor prioridade, os usuários referem insegurança e insatisfação.

Quadro 5 - Características dos arquivos recuperados segundo ano, base, periódico, autores, objetivos, resultados e conclusões

(continuação)

Ano/ Base	Artigo	Revista	Autores	Objetivos	Resultados	Conclusões
2017/ BDENF	Experiências cotidianas do enfermeiro na classificação de risco em Unidade de Pronto Atendimento (5)	Revista Enfermagem UFPE	Roncalli, Aline Alves; Oliveira, Danielle Nogueira de; Melo, Izabella Cristina; Viegas, Selma Maria da Fonseca; Brito, Robson Figueiredo.	compreender a vivência do enfermeiro que atua na classificação de risco de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	o cotidiano na UPA é expresso na elevada demanda e nas reclamações dos usuários. Retrata um ambiente estressante e conflituoso pela espera e pelo sofrimento de cada um que aguarda o atendimento. Além das ações assistenciais, as gerenciais e educacionais acarretam sobrecarga de trabalho no cotidiano do enfermeiro.	mudanças são necessárias para que a assistência na UPA seja humanizada, atendendo tanto os interesses dos usuários que, muitas vezes, precisam de uma atenção que vai além do atendimento clínico, quanto dos profissionais que não possuem condições ideais para o exercício profissional. (AU)
2017/ BDENF	Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro (6)	Revista Baiana de Enfermagem	Roncalli, Aline Alves; Oliveira, Danielle Nogueira de; Silva, Izabella Cristina Melo; Brito, Robson Figueiredo; Viegas, Selma Maria da Fonseca.	compreender a visão do enfermeiro sobre a utilização do protocolo de Manchester e a população usuária na classificação de risco de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).	havia uma inversão de fluxo de usuários entre a rede básica e os serviços de urgência/emergência, o que resultava em superlotação da UPA e sobrecarga de trabalho advindas da falta de informação e comunicação eficaz do Sistema de Saúde (público-privado), para que os usuários conhecessem a real função de um atendimento de urgência/emergência. Também foram identificadas fragilidades na gestão da UPA.	apesar dos desafios para a concretização da classificação de risco como uma estratégia acolhedora e equânime das demandas, o enfermeiro entendia que o protocolo de Manchester trazia segurança para a prática e a qualidade da atenção prestada. (AU)

Quadro 5 - Características dos arquivos recuperados segundo ano, base, periódico, autores, objetivos, resultados e conclusões

(continuação)

Ano/ Base	Artigo	Revista	Autores	Objetivos	Resultados	Conclusões
2016/ BDENF	Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse? (7)	Enfermagem em Foco	Rates, Hosana Ferreira; Alves, Marília; Cavalcante, Ricardo Bezerra.	Conhecer o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como lugar próprio e espaços criados pelos sujeitos.	O ACCR vai além de um ambiente ou uma postura adotada pelos profissionais, é um lugar próprio, pois é delimitado por normatizações, regras previamente estabelecidas que intentam circunscrever os sujeitos e isolá-los. Além disso, nesse lugar próprio, os espaços são delimitados a partir do caminhar que cada profissional e usuário empreendem no âmbito do ACCR. Cada qual tem o seu fazer, a sua intencionalidade, a sua vivência estimulada por situações que circunstanciam aquele ambiente.	O Acolhimento como lugar próprio-espaço deve ser considerado, visando intervenções sobre a sua realidade. (AU)

Quadro 5 - Características dos arquivos recuperados segundo ano, base, periódico, autores, objetivos, resultados e conclusões

(continuação)

Ano/ Base	Artigo	Revista	Autores	Objetivos	Resultados	Conclusões
2016/ BDENF	Idosos atendidos em unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à atenção primária à saúde (8)	Revista Mineira de Enfermagem	Rissardo, Leidyani Karina; Rego, Anderson da Silva; Scolari, Giovana Aparecida de Souza; Radovanovic, Cremilde Aparecida Trindade; Decesaro, Maria das Neves.	identificar os motivos que levam idosos em condições sensíveis à atenção primária à saúde a buscarem o serviço de uma Unidade de Pronto-Atendimento.	Os principais motivos para a busca do atendimento em um serviço de urgência e emergência foi o horário de atendimento da unidade básica de saúde referida por 32,9% dos entrevistados; a falta de médicos na unidade básica de saúde, relatada por 30,3% dos idosos; e a oportunidade de ser atendido sem a necessidade de agendamento de consultas (27,2%).	Os resultados encontrados são de extrema relevância para sinalizar as ações necessárias a fim de diminuir a distorção de procura errônea do fluxo de atendimento, propiciando planejamento e reorganização de todos os níveis de atenção em saúde. (AU)

Quadro 5 - Características dos arquivos recuperados segundo ano, base, periódico, autores, objetivos, resultados e conclusões

(continuação)

Ano/ Base	Artigo	Revista	Autores	Objetivos	Resultados	Conclusões
2016/ BDENF	O processo de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco (9)	Revista Mineira de Enfermagem	Rates, Hosana Ferreira; Alves, Marília; Cavalcante, Ricardo Bezerra.	descrever o processo de trabalho do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) na Unidade de Pronto-Atendimento de um município de Minas Gerais	a principal finalidade do processo de trabalho no ACCR foi reconhecida como priorizar o paciente que tem alto risco clínico, além da orientação do usuário, o seu esclarecimento e verificação de exames clínicos. Em relação ao objeto do processo de trabalho, esteve relacionado às queixas dos usuários e sua articulação com instrumentos e saberes da prática dos profissionais. A sensibilidade foi reconhecida como necessária na relação profissional-usuário, qualificando a escuta. O saber, como uma tecnologia leve-dura, foi reconhecido como uma extensão do profissional, capaz de direcionar o cuidado. As tecnologias duras também foram mencionadas. Todos os profissionais da instituição foram destacados como agentes do processo de classificação e enfatizou-se o enfermeiro como o classificador. O produto final do trabalho não foi concebido como algo acabado e materializável como um objeto, mas a própria prestação da assistência que é consumida, no momento que é produzida.	existem elementos e tecnologias no processo de trabalho do enfermeiro no ACCR que são inter-relacionais. Há uma potência interdisciplinar, subjetividades e situações contextuais que perpassam o cenário e exigem aperfeiçoamentos em seu processo de trabalho. (AU)

Quadro 5 - Características dos arquivos recuperados segundo ano, base, periódico, autores, objetivos, resultados e conclusões

(continuação)

Ano/ Base	Artigo	Revista	Autores	Objetivos	Resultados	Conclusões
2016/ LILAC S	Usuários de classificação de risco azul em uma unidade de pronto atendimento (10)	Cogitare Enfermagem	Pícoli, Renata Palópoli; Cazola, Luiza Helena de Oliveira; Maurer, Nilda M. de Jesus Santos.	identificar as características sociodemográficas, perfil nosológico e as razões pela busca desses usuários de 300 usuários de serviços na categoria de "risco azul" em uma Unidade de Pronto Atendimento em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.	Houve predominância do sexo feminino, 186 (62%), de idades de 26 a 45 anos, 155 (51,7%) e de escolaridade de ensino médio completo, 169 (56,4%). A cefaleia foi a principal queixa referida pelos usuários. A busca aos serviços foi em razão da demora do atendimento nas unidades de atenção primária, bem como a ausência de médicos neste nível de atenção.	Predominaram diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Z00 (exame médico e investigação de pessoas sem queixas; 23,3%) (AU).

- e) Interpretação dos resultados é o momento em que o revisor aponta sugestões, para tanto é crucial que as regras de inferência tenham sido claramente expostas, pois do contrário a revisão perde credibilidade.

A revisão demonstrou que, se as publicações nacionais sobre Acolhimento com Classificação de Risco na UPA são escassas, a situação é ainda pior no âmbito internacional – talvez porque os conceitos usados para designar o local de estudo sejam recentes e restritos ao Brasil, o que justifica a realização deste estudo no cenário da atenção às urgência no País, mais especificamente em Unidades de Pronto Atendimento.

Ao final do processo, selecionou-se sete artigos qualitativos e três quantitativos que se relacionavam com Acolhimento com Classificação de Risco em Unidades de Pronto Atendimento, distribuídos nas bases de dados BDEFN e LILACS nos anos de 2016 a 2019, como pode-se observar na Tabela 3.

Tabela 3 - Artigos de revisão conforme bases BDEFN, LILACS e PubMed no período 2015-2019

Ano	BDEFN	LILACS	PubMed	Total
2019	0	2	0	2
2018	0	1	0	1
2017	3	0	0	3
2016	3	1	0	4
2015	0	0	0	0
Total	6	4	0	10

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

Tais trabalhos foram escritos por 27 pesquisadores e envolvendo nove instituições de ensino superior, com destaque à UFSC, com presença de seis pesquisadores. Houve ainda oito autores que não informaram vinculação a nenhuma instituição. Os trabalhos foram realizados em UPAs localizadas nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil e tiveram como participantes principalmente profissionais de saúde, conforme consta no Quadro 5.

Quadro 6 - Análise dos artigos incluídos na pesquisa

Estudo	Nº de Pesquisadores		Participantes	Local da pesquisa	Vinculação
	Homens	Mulheres			
1	0	6	459 usuários	SC	UFSC e UEL
2	0	5	03 enf. e 17 médicos	SC	UFSC e SES-SC
3	0	5	9 enf. e 26 médicos	SC	UFSC
4	2	4	20 usuários	PR	UEM
5	1	4	12 enfermeiros	MG	UFSJ e PCU-MG
6	1	4	12 enfermeiros	MG	UFSJ e PCU-MG
7	1	2	20 enfermeiros	MG	UFSJ
8	1	3	191 usuários idosos	PR	UEM
9	1	2	20 enfermeiros	MG	UFMG e UFJS
10	0	3	300 usuários	MS	UFMS e SMS

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

- f) Publicidade que é a etapa em que o pesquisador apresenta detalhes pertinentes para que o leitor possa avaliar a adequação dos procedimentos de revisão, bem como ameaças à validade dos resultados.

2.1 DISCUSSÃO

O acolhimento deve ser atrelado à classificação de risco, caso contrário não se alcança a diretriz de humanização, pois são indissolúveis (OLIVEIRA, et al, 2017). Rates, Alves e Cavalcante (2016a) alertam para o ACCR realizado através de triagem rápida, focada na queixa e sua localização anatômica, e que desconsidera questões de ordem social, emocional ou outras. O acolhimento deve ser integral, com escuta de queixas, preocupações e angústias. Uma escuta qualificada promove o acesso a dados subjetivos e objetivos do paciente, mas cabe ao classificador a imposição de limites e encaminhamentos necessários (DA SILVA et al, 2019; DOS SANTOS QUARESMA; XAVIER; CEZAR-VAZ, 2019).

O enfermeiro, por sua formação técnica e relacional, é considerado o profissional adequado para realizar o ACCR, classificando o risco do usuário através de uma escuta qualificada e de protocolos instituídos (RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016b; HERMIDA et al, 2018; OLIVEIRA et al, 2019; CAMPOS, 2020). Lacerda et al (2019) observaram em sua pesquisa que, muitas vezes, os médicos não concordam com a

classificação de risco realizada pelo enfermeiro, o que atinge diretamente a autonomia do profissional, que deve ser respeitada.

O enfermeiro que leva pessoalmente ao conhecimento do médico a situação de um usuário classificado com prioridade mais elevada, garantindo assim a celeridade no atendimento, e após o procura na sala de medicação para certificar-se de ter sido medicado, realizou não apenas a classificação de risco, mas também o acolhimento, pois buscou a resolução da situação e a verificação da assistência prestada pelos demais profissionais de saúde (RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016b; CAMPOS et al, 2020).

Oliveira et al (2017); Dos Santos Quaresma, Xavier e Cezar-Vaz (2019) destacam que é importante a pactuação de condutas e protocolos entre serviços para garantir a referência e contrarreferência, de tal modo que se minimize as possibilidades de um usuário sair da Unidade sem ter o problema resolvido, e nem um encaminhamento adequado que permita resolvê-lo. Para Roncalli et al (2017b) usuário, enfermeiro e a instituição são beneficiados quando da implantação de classificação de risco, melhorando-se a assistência prestada nas unidades de urgência e emergência, bem como garantindo-se acesso universal, equânime e resolutivo com a implantação da classificação de risco nesses serviços. Campos (2020) argumenta que, apesar do aumento no tempo de atendimento de alguns usuários, o uso de protocolos no atendimento à saúde é importante para organizar a demanda espontânea em ordem de necessidade de assistência, demonstrando-se a melhor forma de garantir o atendimento adequado.

Para escolher um protocolo de acolhimento com classificação de risco, dentre os vários existentes, cada serviço deve considerar suas características enquanto instituição, bem como o contexto loco regional. Oliveira et al (2017) orientam que a implantação de um protocolo de acolhimento com classificação de risco deve ser ciclicamente aprimorada, por meio de ações de (re)planejamento, ação e avaliação. Oliveira et al (2019) corroboram, indicando a necessidade de alteração nos processos de trabalho das unidades para que o protocolo seja mais efetivo, devendo ser incluída esta análise na sua implantação.

O acolhimento com classificação de risco ocorre em todos os locais e momentos do atendimento, desde o momento da admissão até a alta, portanto não está restrito, nem pode limitar-se, a uma pessoa ou ambiente específicos (RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016a; HERMIDA et al, 2018). Para Roncalli et al (2017b), ainda que a classificação de risco seja alicerçada num protocolo, ela não deve fragmentar o cuidado, de tal forma que se resuma à aplicação de um procedimento técnico, que objetiva solucionar a queixa do usuário, mas deve almejar a humanização, um atendimento integral.

Rates, Alves e Cavalcante (2016a) afirmam que lugar e espaço, quando se relacionam a ACCR, são conceitos diferentes, mas interdependentes. Esse é o itinerário tanto do profissional quanto do usuário, às vezes até extra Unidade, e por onde ficam registradas as relações de poder e produção – equipamentos, normatizações – já aquele é onde todos os elementos estão localizados lado a lado, cada qual com uma determinação de posição no espaço.

O conhecimento insuficiente sobre ACCR pode levar o enfermeiro a subestimar ou superestimar o risco na avaliação do usuário, o que pode resultar em insatisfação, complicações no quadro e até a morte de algum usuário devido ao tempo de espera – daí a necessidade de que enfermeiros classificadores devem atualizar-se continuamente, sendo também responsabilidade dos próprios profissionais a renovação de seus conhecimentos e habilidades, seja por educação continuada ou permanente (RONCALLI et al, 2017a; HERMIDA et al, 2018; OLIVEIRA et al, 2017; DOS SANTOS QUARESMA; XAVIER; CEZAR-VAZ, 2019; CAMPOS et al, 2020). Weirnerman, Rutzen e Pearson (1965) afirmam que é necessária orientação clara sobre a diferença de conceito entre triagem e gerenciamento de casos, procedimentos especiais de triagem e recursos de referência disponíveis, a todos os profissionais envolvidos no atendimento.

Dos Santos Quaresma, Xavier e Cezar-Vaz (2019) apontam que erros de classificação ocorrem por falta de capacitação do profissional, somada à presença de queixas e sintomas com “fatores confundidores”, como é o caso da dor, exigindo amplo conhecimento técnico-científico, pensamento crítico, raciocínio analítico e visão holística do paciente. Especialmente relacionado à dor, Roncalli et al (2017a) levantaram que, devido à sua subjetividade, e apesar dessa ser o quinto sinal vital, os enfermeiros relatam dificuldade em mensurá-la. Tal problema acaba por resultar em receio em classificar alguém do devido e, assim, agravar seu quadro. Oliveira et al (2017) sugerem que uma das formas de contornar a subjetividade da avaliação da dor é a implantação de escala de dor, explicitada por meio de números ou figuras.

Ao avaliarem o acolhimento com classificação de risco realizado por enfermeiros e médicos, Hermida et al (2018) agruparam 21 itens em três domínios: Estrutura – recursos humanos e estrutura organizacional, Processo – relaciona-se a atividades e atendimento – e Resultados – efeitos do atendimento. Concluíram que todos os domínios foram considerados precários, o que indica que os participantes estão insatisfeitos com o processo de acolhimento com classificação de risco. Dentre os seis itens que obtiveram menores notas, a maioria se

relaciona à gerência do cuidado: treinamento periódico, conhecimento das condutas do acolhimento, relação entre lideranças/liderados e discussão sobre fluxograma.

Os autores afirmam que há um déficit de estudos avaliativos no ambiente de UPA, apontam a dificuldade de contrarreferência em todos os níveis de complexidade, e acrescentam que, por isso, o atendimento na UPA pode ficar comprometido, resultando em insatisfação entre usuários e profissionais devido à superlotação e consequente aumento do tempo de espera (HERMIDA et al, 2018). Da Silva et al (2019) constataram dificuldades em harmonizar acolhimento e classificação de risco, especialmente quando o modelo propõe humanização e gerencialismo concomitantes. Campos et al (2020) reforçam ainda que, nas unidades de urgência e emergência, as decisões precisam ser tomadas em um curto espaço de tempo, o que não exclui a necessidade de atendimento humanizado e integral.

Roncalli et al (2017a) concluíram que as mudanças necessárias na assistência nas Unidade de Pronto Atendimento com foco no atendimento humanizado deve ser tanto para o usuário, que pode ter uma queixa que vai além da clínica, quanto para o profissional, que muitas vezes está tão sobrecarregado que acaba sem tempo para suprir a necessidades metabólicas.

Relatos de profissionais classificadores apontam que a maioria dos usuários desconhecem o funcionamento do processo de classificação de risco (PÍCOLI; CAZOLA; MAURER, 2016; RONCALLI et al, 2017b; CAMPOS et al, 2020). Os usuários percebem a classificação de risco sob dois prismas, um como vantagem nas Unidades de Emergência, tornando mais ágil o atendimento das situações graves, proporcionando conhecimento da estimativa do tempo de espera pelo atendimento médico, o que diminui o nível de ansiedade e aumenta o de segurança tanto do usuário quanto do familiar e/ou acompanhante. E outro como desvantagem, principalmente naqueles classificados com baixa prioridade, como verde, devido a discordância entre o risco determinado pelo profissional e aquele que autodeterminou (OLIVEIRA et al, 2017). Apesar de alguns usuários compreenderem a classificação de risco, a dificuldade em entender o funcionamento e a sensação de injustiça está fortemente atrelada ao tempo de espera pelo atendimento, gerando prejuízo no processo do atendimento humanizado (LACERDA et al, 2019; CAMPOS et al, 2020).

Roncalli et al (2017a) ratificam a importância da orientação prestada aos usuários sobre quando procurar os serviços de urgência e emergência, bem como a finalidade da classificação de risco, pois a maioria dos usuários atendidos na UPA não necessita de assistência emergencial, porém exige atendimento célere. Para isso, é necessário que os profissionais tenham pleno conhecimento das Redes de Atenção à Saúde e seus fluxos (DOS

SANTOS QUARESMA; XAVIER; CEZAR-VAZ, 2019). Três pontos são necessários para que o usuário não procure a emergência por problemas ambulatoriais: conhecimento do serviço; resolubilidade na atenção primária; e sistemas de referência e contrarreferência eficientes (RONCALLI et al, 2017a; RONCALLI et al, 2017b; LACERDA et al, 2019).

O aumento de usuários nos serviços de emergência, especialmente pela população de baixa renda e idosos, reflete a confiança no atendimento médico da instituição; reflete também o uso da emergência como substituto para atendimento privado ou de atenção básica indisponível, seja devido ao horário ou dia da semana; falta de médicos nas unidades básicas; atendimento médico sem agendamento; demora no atendimento das unidades de atenção básica; falta de resolutividade, entre outros (WEINERMAN; RUTZEN; PEARSON, 1965; RISSARDO et al, 2016; PÍCOLI; CAZOLA; MAURER, 2016; LACERDA et al, 2019).

Todos têm direito de acessar o sistema de saúde, com entrada preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua residência e, quando em situação de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber, cuidar e, se necessário, encaminhar para Unidade adequada em tempo hábil (BRASIL, 2017). Neste sentido, o Sistema de Atenção Básica deve funcionar adequadamente para que o atendimento seja realizado de forma adequada (CAMPOS, 2020).

Quando o usuário chega à emergência, tem a ideia de que será atendido primeiramente. No entanto, se for classificado em prioridade que não lhe confere essa prerrogativa, considera não ter recebido a atenção adequada, e confronta o enfermeiro. Como profissional que está à porta da Unidade, é o enfermeiro quem está à frente dos conflitos, deparando-se com um ambiente estressante de espera e sofrimento do usuário, além de ser o responsável pelas ações gerenciais da Unidade, dentre outras responsabilidades (RONCALLI et al, 2017a; RONCALLI et al, 2017b); CAMPOS et al, 2020).

Dentre as atividades desempenhadas pelo enfermeiro classificador está a orientação, esclarecimento, verificação de exames e, principalmente, a priorização do usuário com alto risco clínico para minimizar a possibilidade de ele vir a agravar o quadro enquanto aguarda atendimento. Essa classificação deve ser comunicada ao usuário, para que este tenha conhecimento do tempo de espera e dos motivos de sua classificação (RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016b; CAMPOS et al, 2020).

Rates, Alves e Cavalcante (2016a) apontam que os enfermeiros classificadores permanecem praticamente todo o período do plantão reclusos ao consultório de ACCR, tido como um *bunker* diante da explosão de pessoas procurando atendimento. Tal reclusão

transmite a ideia de solidão, angústia e impotência frente a situações emergentes. Não é incomum os usuários demonstrarem sua insatisfação das mais diferentes formas (LACERDA et al, 2019; CAMPOS et al, 2020).

De um lado está o usuário com sua demanda, do outro o profissional e a gestão, ou seja, numa ponta o lugar próprio (lógica organizativa do sistema) do outro o espaço criado (demanda do usuário) (RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016a).

Apesar de o ACCR passar por um momento de legitimação social comprovado – quando o usuário entende que uma pessoa com quadro mais grave deve ser atendida antes do que outra sem alteração ou com menor alteração de quadro – este processo encontra-se em sua fase inicial de concretização. Os usuários ainda observam benefícios apenas nos casos mais graves e não percebem aspectos inerentes ao acolhimento e à humanização da assistência, vendo-o, portanto, meramente com uma ferramenta de triagem (OLIVEIRA et al, 2017).

2.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Movimento Sanitário na década de 1970, que defendia a mudança da abordagem biológica dos problemas de saúde para uma visão que considerava aspectos socioeconômicos e políticos na distribuição desigual das doenças, culminou em 1988 com a Constituição Federal, criando o denominado Sistema Único de Saúde (SUS) – público dentro do capítulo de direito social, porém sendo livre também à iniciativa privada. O Estado deve organizar o SUS de forma integrada, regionalizada e hierarquizada e, quando os recursos próprios forem insuficientes, comprar da rede privada (VIACAVA *et al*, 2018).

O SUS é fruto das experiências e discussões travadas ao longo das últimas décadas, visando alterações no quadro de saúde da população brasileira, utilizando novos modelos de atenção à saúde, e tendo como princípios constitucionais a Universalidade do acesso, a Integralidade das ações e a Equidade (BARROS *et al*, 2014).

O progresso propiciado pelo SUS é inegável, porém o modelo biomédico herdado, fundamentado em ações curativas planejadas sobre a oferta e não a necessidade – desconsiderando as características regionais e econômicas do imenso país e sofrendo intensa pressão do mercado privado – expõe a fragmentação das ações e serviços em saúde decorrente da falta de cobertura assistencial. O modelo evidencia ainda a insuficiência, fragmentação e baixa eficiência do financiamento público; a precarização e carência de profissionais comprometidos com a política pública de saúde, a multiplicação de serviços nos municípios sem supervisão, e a baixa atuação da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2017).

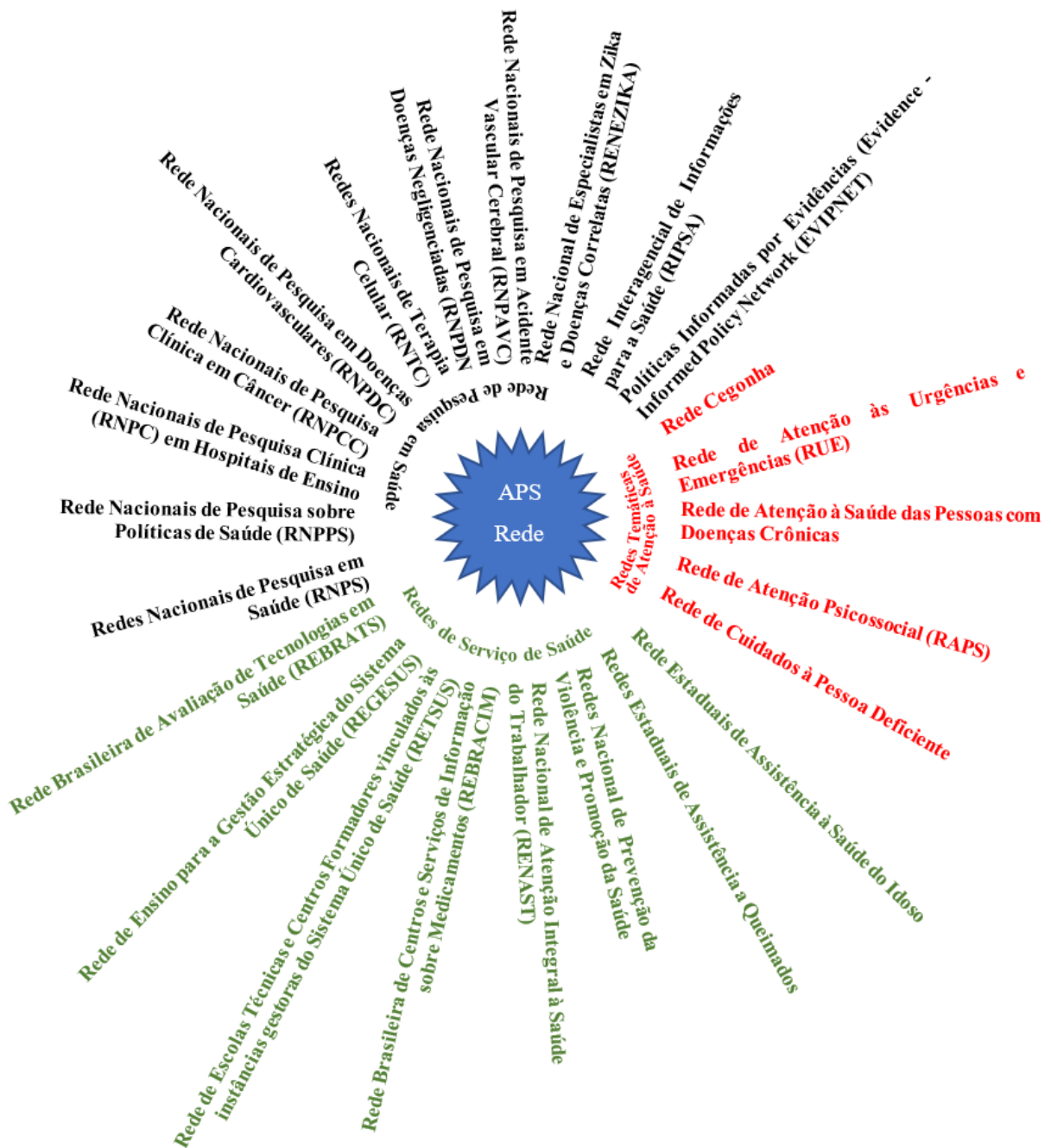
A rede pública vinculada aos programas de atenção básica foi a que mais cresceu, causando incremento de recursos humanos, aumento do número de consultas e redução das internações (VIACAVA *et al*, 2018).

Para combater essa situação, através de apoio técnico, logístico e de gestão, organizou-se ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, interligadas, visam garantir um cuidado integral, contínuo, de qualidade, responsável e humanizado sob espectro de equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica: esse arranjo foi denominado Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Rede converge para a APS, por ser a centralizadora das necessidades em saúde de uma população, responsável pela atenção contínua e integral, por ofertar cuidado multiprofissional, compartilhar objetivos, e por haver vinculação entre as ações e os resultados sanitários e econômicos. A distinção entre as diversas Redes está unicamente na densidade tecnológica, não em importância (BRASIL, 2017).

Para que os objetivos da RAS sejam alcançados é necessário, em todos os níveis, que entre os entes reguladores/financiadores e os prestadores de serviço esteja clara a contratualização ou pactuação da demanda quantitativa e qualitativa; responsabilidades de cada parte. Devem estar claros também os objetivos de desempenho a serem alcançados, que podem incluir até critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. Quando toda rede é abrangida por esses contratos, o Sistema passa a buscar continuamente por uma gestão eficaz, eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a transparência do SUS (BRASIL, 2017).

A figura 2 ilustra a distribuição das 24 redes nas três áreas de concentração. Cinco Redes Temáticas de Atenção à Saúde; oito Redes de Serviço de Saúde e onze de Redes de Pesquisa em Saúde, tendo a Atenção Primária à Saúde como centro (BRASIL, 2017).

Figura 2 - Rede de Atenção à Saúde



Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

Para o presente trabalho, a Rede de maior importância é a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), pois é dentro dessa que encontramos embasamento legal para a temática em questão.

Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde nos hospitais, em 2001 o Governo Federal priorizou o processo de humanização nos hospitais do SUS e, no ano seguinte, nos sistemas estaduais de urgência e emergência (BRASIL, 2017). A partir deles

surgiu o Acolhimento com Classificação de Risco e as Unidades de Pronto Atendimento - 24 horas (UPA-24h).

2.2.1 Política Nacional de Atenção às Urgências

Em junho de 1998 o Ministério da Saúde admitiu haver carência dos serviços na área de atendimento às urgências e emergências nos grandes centros urbanos. Com o intuito de organizar e hierarquizar esses serviços, bem como qualificar recursos humanos administrativos e assistenciais, criou-se o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de urgência e emergência, com recurso a ser aplicado nas seguintes áreas: Assistência Pré-Hospitalar; Centrais de Regulação; Hospital de Referência do Sistema Estadual e Treinamentos das respectivas equipes (BRASIL, 2017).

Com base na epidemiologia, diversas ações foram tomadas, até culminar no ano de 2001 com as diretrizes para implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde, seguida da instituição do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, o que permitiu que no ano de 2003 fosse implantada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que objetivou garantir os princípios de universalidade, equidade e integralidade às emergências (BRASIL, 2017).

Apesar da estruturação da Política de Urgência ser implantada nos Estados e Municípios, cabe a União a responsabilidade de estimular a atenção integral às urgências desde atenção básica até a especializada, incluindo as UPAs (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde resolveu estabelecer as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em 2011, ao considerar diversos fatores: o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência; as diretrizes operacionais do pacto pela saúde e as que organizavam a rede de atenção à saúde; as políticas nacionais de atenção básica, política de urgência e política de humanização; o financiamento e transferência dos recursos federais; os critérios para alimentação dos bancos de dados nacionais dos sistemas de informação da atenção à saúde; o perfil de morbimortalidade do Brasil onde os quadros relativos às urgências são de alta relevância epidemiológica e social; a expansão do SAMU 192, exigindo retaguarda adequadamente estruturada, qualificada e pactuada ao atendimento móvel; e a prioridade de pactuação de diretrizes para financiamento de ações voltadas à organização da rede de atenção à urgência e emergência. Com o passar do tempo, diversas portarias surgiram revogando as ultrapassadas, com o intuito de melhor

definir as diretrizes de modelo assistencial e de financiamento das UPA 24h e Sala de Estabilização (SE) como componentes da Rede de Atenção às Urgências no SUS (BRASIL, 2017).

Buscando facilitar a identificação dos serviços ofertados e assim facilitar a percepção dos usuários pela presença da marca identificadora do SUS, o Ministério da Saúde atribuiu às Redes nome fantasia precedido da palavra – saúde - e a identidade visual inspirada na marca do SUS, com a presença da cruz azul (BRASIL, 2012a), como mostrado na Figura 3.

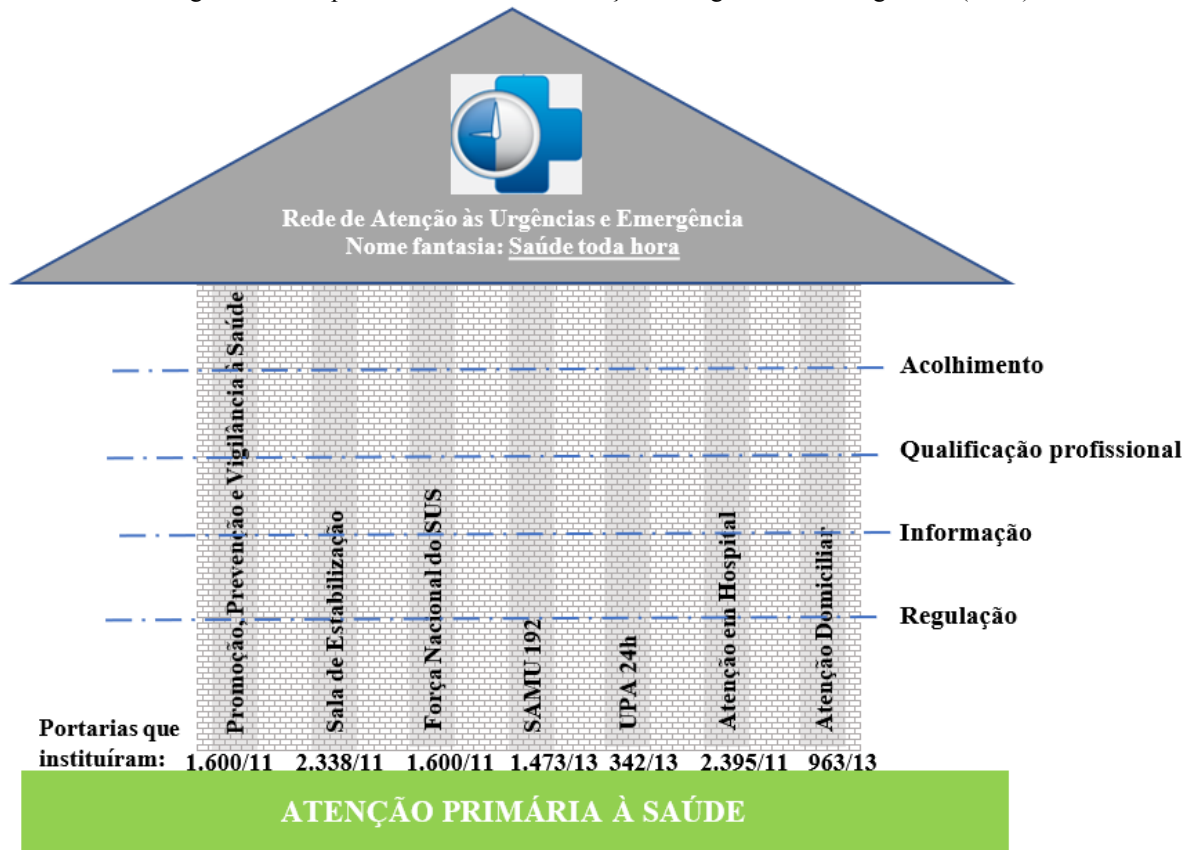
Figura 3 - Redes dos SUS e respectivos nomes fantasias



Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências, também denominada “Saúde toda hora”, tem seus pilares – Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; SAMU 192; UPA 24h; Atenção em Hospital e Atenção Domiciliar – sustentados pela Atenção Primária à Saúde; demonstrando assim que tão importante quanto reordenar a atenção à saúde em situação de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é a ampliação da rede de serviço. É necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento e reabilitação e cuidados paliativos. Ponto importante a ser observado é que por todos os pilares perpassa: Acolhimento; Qualificação profissional; Informação e Regulação (BRASIL, 2017), como ilustrado na Figura 4.

Figura 4 - Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)



Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

2.2.1.1 Unidades de Pronto Atendimento

As UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, com importante potencial de complacência da enorme demanda que hoje se dirige aos prontos socorros, além do papel ordenador dos fluxos da urgência. Assim, têm como principais missões: atender qualquer pessoa independente do quadro de saúde e, quando necessário, encaminhar para as Unidades adequadas; ser retaguarda à Atenção Primária de Saúde; diminuir a sobrecarga nas emergências hospitalares; servir de base ao serviço pré-hospitalar móvel quando em atendimento a pessoas graves e instáveis durante deslocamento, dentre tantas outras (BRASIL, 2017).

Apesar de existirem Centros de Atendimentos denominados Unidades de Pronto Atendimento antes de 2003, somente a partir da Portaria nº 1.863/2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, se começou oficialmente a falar sobre o assunto, ainda que de forma incipiente (BRASIL, 2003). Foi apenas no final de 2008 que se publicou a primeira portaria do Governo federal a um Estado da Federação (Portaria nº 3.042/2008) com transferência anual de 7 milhões de reais destinados ao custeio e à manutenção das Unidades

de Pronto Atendimento (UPA) no Estado de Minas Gerais e Município de Belo Horizonte (BRASIL, 2008).

Em 2009, a portaria nº 1.020/2009 explicitou que esse componente da rede se referia às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Salas de Estabilização (SE), ao estabelecer as diretrizes para implantação do componente pré-hospitalar fixo das redes de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), segundo Konder e O'Dwyer (2016) apresentam dificuldade com a retaguarda hospitalar, bem como com a retaguarda à Atenção Primária de Saúde, visto que, predominantemente, as UPA têm se ocupado em atender casos de baixo risco, os quais teriam melhor resolubilidade nos Centros de Saúde, evitados pela população por conta da morosidade. Como resultado dessa inversão, há um crescente desprestígio dos profissionais dos Centros de Saúde, indo na contramão do modelo assistencial adotado pelo SUS.

Para que uma UPA 24 horas seja considerada em efetivo funcionamento, dentre as competências é necessário: funcionar ininterruptamente durante todo ano com equipe multidisciplinar, conforme porte da Unidade; acolher a todos que procuram atendimento; realizar o Acolhimento com Classificação de Risco em local que garanta o sigilo; articular-se como retaguarda às Unidades Básicas de Saúde, com o serviço móvel de atendimento pré-hospitalar e com os hospitais de apoio, quando necessário; manter usuários em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica e, se necessário, transferi-lo para unidades hospitalares específicas (BRASIL, 2017).

Até 31 de dezembro de 2014, o financiamento para construção ou ampliação era o que ditava a classificação da UPA em porte I, II e III, conforme a população da área de abrangência; o número mínimo de leitos de observação e também de emergência. A partir de 2014 passou a ter oito níveis, e o que diferencia cada estrato é o total de médicos registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), tanto para Unidade nova ou ampliada (BRASIL, 2017).

Quadro 7 - Quantitativo de médicos em 24 horas para funcionamento e o valor do incentivo financeiro de nova ou de qualificação ou ambas, de uma UPAs 24h segundo opções

Opções	Profissionais		Valor do incentivo financeiro		
	Dia	Noite	Custeio/nova	Qualificação/nova	Custeio/Qualificação ampliada
I	1	1	R\$ 50.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 50.000,00
II	2	1	R\$ 75.000,00	R\$ 52.500,00	R\$ 75.000,00
III (antigo tipo I)	2	2	R\$ 100.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 100.000,00
IV	3	2	R\$ 137.000,00	R\$ 98.000,00	R\$ 137.000,00
V (antigo tipo II)	3	3	R\$ 175.000,00	R\$ 125.000,00	R\$ 175.000,00
VI	4	3	R\$ 183.500,00	R\$ 183.500,00	R\$ 233.000,00
VII	4	4	R\$ 216.500,00	R\$ 216.500,00	R\$ 267.000,00
VIII (antigo tipo III)	5	4	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 300.000,00

Fonte: Brasil (2017).

O custeio financeiro para as UPAs é de responsabilidade compartilhada entre os Governos Federal, Estadual e Municipal, cabendo à União o repasse mensal no valor de R\$ 100.000,00; R\$ 175.000,00 e R\$ 300.000,00, respectivamente, aos portes I, II e III (BRASIL, 2017). O recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal para a UPA Ampliada exige que a unidade se encontre qualificada (BRASIL, 2017).

Tanto para Habilitação quanto para Qualificação da UPA 24h o Gestor da Unidade será obrigado a comprovar o cumprimento de vários requisitos. Para esse trabalho convém destacar a obrigatoriedade de apresentar relatório padronizado de visita técnica realizada pelo Ministério da Saúde que ateste implantação do processo de Acolhimento com Classificação de Risco em ambiente próprio, bem como o uso de Protocolo instituído (BRASIL, 2017).

Pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, há no Brasil 696 Unidades de Pronto Atendimento, sendo que 26 dessas estão localizadas em Santa Catarina, das quais três Unidades encontram-se nesse município da Região Sul do País (BRASIL, 2019).

2.2.2 Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH/HumanizaSUS), lançada durante o XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não Violência, realizado em Natal/RN no período de 17 a 20 de março de 2003, foi o marco histórico do início da PNH. Tal Política preza pela valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção

de saúde, tendo como norteadores: autonomia e protagonismo dos sujeitos e corresponsabilidade entre eles; vínculos solidários e participação coletiva nas práticas de saúde. Essa política (HumanizaSUS), que surgiu a partir da experiência do “SUS que dá certo”, não tem decreto ou resolução para conceder-lhe sustentabilidade; mantêm-se por meio de diferentes encontros entre gestores, colaboradores e usuários em seus territórios, que fazem com que a política ocorra na micropolítica, a partir de diretrizes e dispositivos (BRASIL, 2009).

Roncalli *et al* (2017a) trazem que a humanização é importante tanto para o usuário, que muitas vezes apresenta uma demanda que vai além do atendimento clínico, quanto para o profissional que exerce sua atividade, muitas vezes, sem as mínimas condições de trabalho.

Dentre as diretrizes da PNH, destaca-se para esse trabalho o Acolhimento e o Acolhimento com Classificação de Risco.

O Acolhimento é uma das diretrizes transversais de maior importância política, ética e estética da PNH, aplicada por todos em qualquer nível, tanto que o Ministério da Saúde entendeu ser necessário formular um documento com foco específico em Acolhimento em serviços de urgência, pois essa área conta com desafios mais visíveis a serem superados, como por exemplo, superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços (BRASIL, 2009).

A PNH do SUS expõe que o Acolhimento não deve ser confinado a um ambiente ou tampouco a uma pessoa, mas deve perdurar por todo momento do serviço de saúde e, por ser uma postura ética, implica a todos a responsabilidade de acolher com responsabilidade e principalmente resolubilidade (BRASIL, 2009).

Weykamp *et al* (2015), em pesquisa realizada sobre Acolhimento com Classificação de Risco com enfermeiros que trabalham em unidades de emergências, concluíram que há profissionais que apenas classificam àqueles que procuram atendimento, mas que não os acolhem. Isso gera um atendimento fragmentado, no qual o acolher é restrito ao momento da classificação de risco, o que pode tornar hostil a relação enfermeiro/usuário.

Para avaliar o risco e vulnerabilidade a que o usuário está exposto, o profissional de saúde não pode se pautar unicamente pelo que ele relata no momento que procura atendimento; deve considerar também o local de inserção desse indivíduo na sociedade, bem como sua rede social de apoio, pois o sofrimento não é apenas físico, mas também psíquico (BRASIL, 2009).

A avaliação de grau de risco e vulnerabilidade é dever de todos, pois compõe o Acolhimento, porém a priorização é exclusiva do profissional de saúde de nível superior, devidamente capacitado dentro de protocolos definidos (BRASIL, 2017). O Conselho Federal de enfermagem, ao tratar sobre a participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco, determina que dentro da categoria tal atribuição é exclusiva do enfermeiro, considerando que esse é um “processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução” (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2015).

2.2.3 Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco

No final dos anos 80, alguns serviços de emergência, principalmente na Europa e América do Norte, perceberam que o aumento do número de pessoas, com queixas das mais variadas, procurando atendimento, crescia de tal forma que comprometia a assistência prestada. Essa situação de demanda maior do que a capacidade instalada levou esses serviços de saúde a criarem sistemas de classificação de risco ou triagem de prioridades (MACKWAY-JONES; MARSDEN, WINDLE, 2018).

Há de se destacar que a expressão triagem se refere à prioridade de atendimento e não à exclusão de qualquer pessoa da consulta médica, conforme claramente exposto nas legislações brasileiras. Não se pode de forma alguma confundir, ou mesmo entender como sinônimo, triagem e classificação de risco. Os protocolos de classificação de risco são instrumentos utilizados com objetivo de sistematizar a avaliação, sem realizar diagnóstico médico prévio e muito menos excluir pessoas do atendimento médico. Esses documentos baseiam-se em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica, para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do usuário (BRASIL, 2009) e dessa forma determinar o atendimento médico no nível de complexidade e não na ordem de chegada do mesmo (BRASIL, 2004).

O usuário deverá ter ciência de que o atendimento médico se dá por meio do Acolhimento com Classificação de Risco, mas que há aqueles que não serão classificados devido a especificidades e pactuações realizadas no serviço, como, por exemplo, sutura (BRASIL, 2009).

Oliveira *et al* (2017) concluíram que a população pontuou como vantagem a classificação de risco nos atendimentos às emergências porque prioriza os mais graves, e porque tem-se previsão do tempo de espera para o atendimento médico, fatos esses que estão dentro do que estabelece o MS. No entanto, para aquele que é classificado com baixa prioridade, compatível com Centro de Saúde, o processo de estratificação é tido como

negativo. É perceptível nesses casos que ainda não se consegue agregar acolhimento e humanização da assistência.

Para Freitas *et al* (2017) a violência verbal é a mais comum das agressões sofridas pelos profissionais de enfermagem do Acolhimento com Classificação de Risco e, dentre os fatores que contribuem para essa agressividade do usuário, estão: falta de informação do usuário; postura profissional inadequada e falha da atenção primária em suprir as necessidades pelas quais é responsável.

A desinformação do usuário faz com que ele procure atendimento em locais não apropriados para seu grau de risco e, quando classificado com baixa prioridade, mostra-se contrário a essa estratificação. Já com relação a postura profissional, trazem que pode ser desencadeante de agressividade: passar uma informação incompleta, ou não orientar corretamente; ou uma expressão ou resposta áspera ou irônica. Nesse sentido, o estabelecimento de vínculo por meio de orientações resolutivas, realizadas com empatia, ternura e afeto, podem ser mais decisivos que a resolução do problema de saúde que o levou à Unidade (FREITAS *et al*, 2017).

A falha na atenção primária ocorre quando a pessoa não encontra resolução em sua Unidade de referência, seja por falta de recursos humanos e/ou materiais; falta de organização do trabalho, dentre outros, sobrecarregando as emergências com situações não emergenciais que poderiam ser resolvidas na rede de atenção básica (FREITAS *et al*, 2017).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda nas Unidades de Atendimento as Emergência o Acolhimento com Classificação de Risco (BRASIL, 2017). Corrobora de forma mais enfática a Resolução 2079/14 do CFM, que obriga a implantação do ACCR para o atendimento dos usuários em todos os serviços de emergência 24h (BRASIL, 2014b).

Em 2011 o MS definiu em portaria que, dentre as diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, consta a obrigatoriedade do atendimento priorizado, mediante Acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso. Além disso, condicionou que a Unidade que almeja alcançar o *status* de qualificada deverá, entre outros pontos, ter um local específico para esse procedimento, o que significa incremento financeiro oriundo do Governo Federal (BRASIL, 2017).

Devido a relevância história de origem e reconhecimento e recomendação internacional de fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do quadro clínico real do usuário, nesse trabalho será abordado o *Manchester Triage System* (MTS) em nível internacional (BRASIL, 2012c) e no âmbito nacional os Protocolo de Acolhimento com

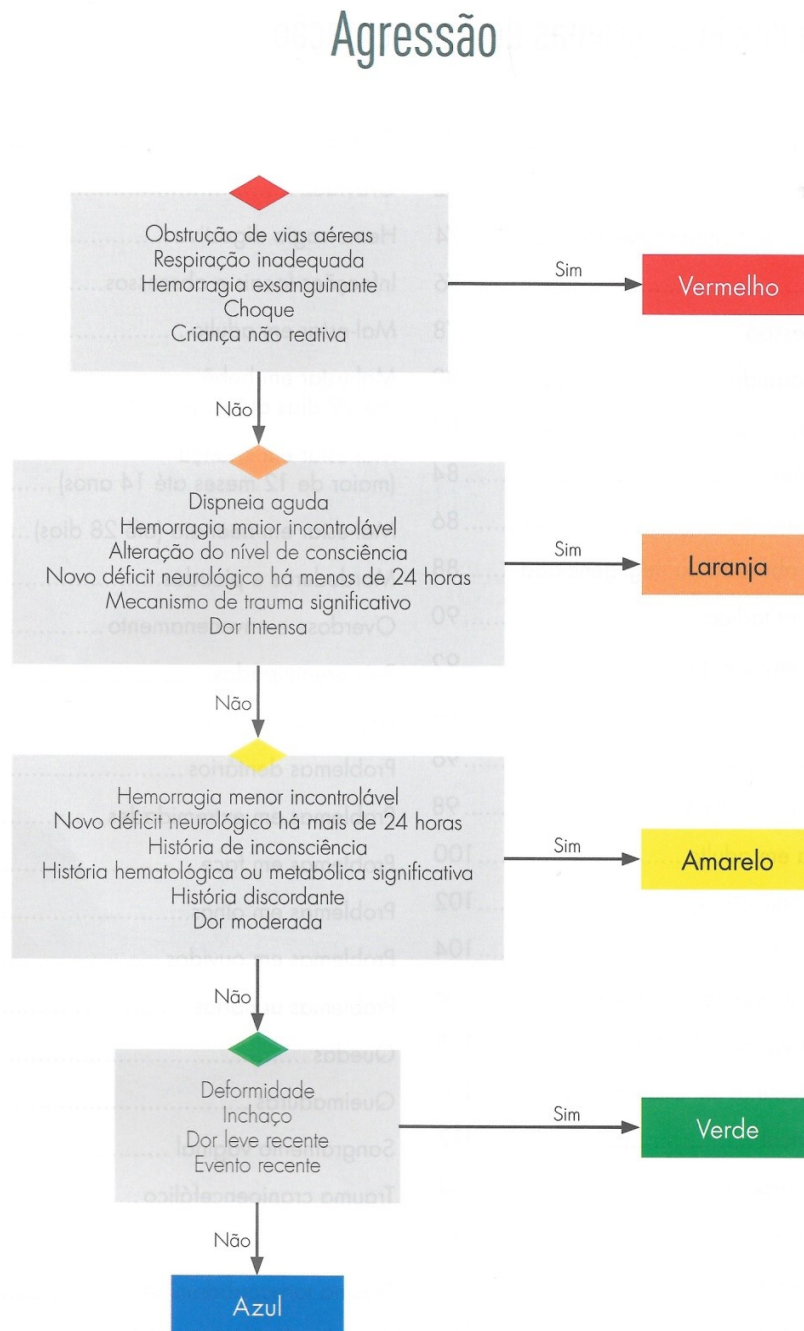
Classificação de Risco do MS, por ser a orientação do próprio Ministério da Saúde. Também o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco de Belo Horizonte, por ter sido a primeira localidade no País a instituir essa metodologia nas emergências, e o Protocolo de Santa Catarina: Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco, por ter sido um proposta criada no Estado e disponível a custo zero para qualquer Unidade de emergência catarinense.

2.2.3.1 Manchester Triage System

Em novembro de 1994, em Manchester (Inglaterra), o professor Kevin Mackway-Jones organizou um grupo de classificação de risco, com objetivo de estabelecer consenso entre médicos e enfermeiros do serviço de urgência. Havia grande variação nos modelos de priorização em hospitais de uma mesma localidade, a estratificação podia ser por cores (vermelho, amarelo, verde e azul); letras (A, B, C, D, E); tempo (imediate, urgente, semiurgente e tempo aceitável) ou números (1, 2, 3), o que levava não somente a nomenclaturas diferentes, mas principalmente a definição de tempos ideais de atendimento médico (MACKWAY-JONES, MARSDEN e WINDLE, 2018).

A metodologia desenvolvida baseia-se, a partir do motivo que levou o usuário ao serviço, alocá-lo em um dos 53 fluxogramas, e, conforme características relatadas, observadas, e até menos na impossibilidade de serem negadas, determina-se a prioridade, que pode ser: 1: Emergência (vermelha), com atendimento médico imediato; 2: Muito urgente (laranja), com atendimento até 10 minutos; 3: Urgente (amarela), com atendimento até 60 minutos; 4: Pouco urgente (verde), com atendimento até 120 minutos e 5: Não urgente, com atendimento até 240 minutos. Os 53 fluxogramas e os 5 níveis de priorização resultam em 265 opções (MACKWAY-JONES, MARSDEN e WINDLE, 2018).

Figura 5 - Fluxograma de Manchester



Fonte: Mackway-Jones, Marsden e Windle (2018, p. 70).

2.2.3.2 Acolhimento com Classificação de Risco do SUS/Ministério da Saúde

O MS ao regulamentar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência propôs o Acolhimento com Classificação de Risco, sendo realizado por profissional de saúde de nível superior que estivesse capacitado para tal, em conformidade com protocolos pré-estabelecidos (BRASIL, 2017). A Política de Humaniza SUS, em analogia ao Protocolo de Manchester, recomenda a organização dos serviços de urgência e emergência em dois grandes eixos: eixo vermelho – usuários com risco de morte, composta por 3 áreas: vermelha: emergência com

atendimento imediato; amarela: usuários críticos e semicríticos estabilizados, e verde: usuários não graves em observação, composta pelas salas de observação, que devem ser divididas por sexo (feminino e masculino) e idade (crianças e adultos), conforme demanda da Unidade (BRASIL, 2009).

Figura 6 - Fluxograma de Acolhimento com Classificação de Risco do SUS



Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

É necessário, em todos os ambientes, que a adequação dos espaços e dos mobiliários impacte positivamente na exceção do processo de trabalho, mas nas áreas amarela e verde deve-se considerar também a ambiência (som, cheiro, cor, iluminação, etc.), uma vez que o tempo de permanência do usuário nestas áreas é normalmente mais prolongado do que na área vermelha. Outros itens importantes a serem observados são a privacidade (proteção da intimidade do usuário) e a individualidade (BRASIL, 2009).

Já o eixo azul destina-se aos usuários aparentemente não graves. O arranjo do espaço deve favorecer o acolhimento do cidadão e a classificação do grau de risco. Esse eixo é composto por pelo menos três planos de atendimento, sendo importante que tenha fluxos claros, informação e sinalização (BRASIL, 2009).

Plano 1: sala para Acolhimento com Classificação de Risco, ampla o suficiente para facilitar o processo de trabalho e manter fluxo fácil com consultórios e com a área vermelha; sala para espera com mobiliários confortáveis e em número suficiente, dispostos de maneira a promover a interação entre os usuários e com sistema que permita transmitir informações para os que aguardam; recepção, balcões baixos e sem grades, que permitam o usuário ser atendido sentado e com a privacidade preservada; classificação do risco e atendimento administrativo (BRASIL, 2009).

Plano 2: área de atendimento médico, lugar onde os consultórios devem ser planejados de modo a possibilitar a presença do acompanhante e a individualidade do usuário (BRASIL, 2009).

Plano 3: áreas de procedimentos médicos e de enfermagem (curativo, sutura, medicação, nebulização). É importante que as áreas de procedimentos estejam localizadas próximas aos consultórios, ao serviço de imagem e que favoreçam o trabalho em equipe. Neste plano, o acompanhante poderá estar presente em todos os momentos, sendo necessário prever espaços internos para espera tanto para eles quanto para os usuários que aguardam diagnósticos e reavaliações. A sala de sutura deverá ter fácil acesso e estar mais próxima da entrada, evitando que pessoas sangrando tenham que circular por grandes distâncias. As áreas para atendimento pediátrico deverão ser separadas, com a criação de um ambiente lúdico. É possível, no entanto, para a otimização de recursos, que se compartilhe a recepção administrativa e a sala vermelha, desde que esta tenha espaço preservado especial para a criança (BRASIL, 2009).

2.2.3.3 Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco de Belo Horizonte - MG

Alguns enfermeiros que atuavam nas UPA da capital de Minas Gerais, frente a necessidade de priorizar àqueles que primeiro necessitavam de atendimento médico, assumiram a responsabilidade privilegiar determinados usuários por seus quadros em detrimento a outros. Frente a tal situação, em 2002 a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte propôs uma forma de regular tal fluxo, alcançando sucesso parcial, o que suscitou a necessidade de revisão (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2008).

O referido protocolo é composto por vinte e um fluxogramas que, guiados pelo sintoma, queixa ou evento que levaram a pessoa à Unidade, conduzem a quatro níveis de priorização: vermelho, amarelo, verde e azul, conforme quadro do usuário. Orienta que idosos, deficientes físicos e/ou mentais, acamados, aqueles com dificuldade de locomoção, gestantes, escoltados, algemados ou envolvidos em ocorrência policial, vítimas de abuso sexual e aqueles com retorno em menos de 24h sem melhora, devem receber atenção especial durante classificação de risco e sempre serão priorizados dentro de sua classificação.

Priorizados como verde estão sem risco de morte imediata. Aguardam atendimento médico em sala específica, mas podem ser encaminhados à Unidade Básica de referência pelo serviço social, mediante contato telefônico que garanta consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, e aqueles estratificados como azul representam quadro crônico não agudizado ou caso social. *A priori* encaminhado adequadamente (por escrito) para Acolhimento na

Unidade Básica de Saúde de referência ou Serviço Social (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2008).

Figura 7 - Fluxograma de Acolhimento com Classificação de Belo Horizonte
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (2008).

Além da fonte supracitada sobre origem do protocolo utilizado inicialmente na UPA-A, ao iniciar a pesquisa desse mestrado buscou-se a origem desse documento, e encontrou-se outra possível fonte, a Operadora de Plano de Saúde Coopus. No site dessa empresa há um documento de orientação aos médicos sobre cobertura em Pronto Atendimento (PA) e Pronto Socorro (PS). A Operadora autoriza, no PA, atendimento apenas das pessoas classificadas em azul (problema crônico não agudizado ou caso social) e verde (situações em que não há risco

de morte imediata) e no PS apenas daquelas estratificadas em amarelo (urgência) e vermelho (emergência), para tanto ela disponibiliza um instrumento, adaptado do Protocolo de Manchester. No entanto, não se encontra data para tal documento, enquanto a fonte que atribui a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte está datada com última alteração no arquivo postado em 14 de maio de 2008.

2.2.3.4 Protocolo de Santa Catarina: Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco (PACCR)

Em 2014, o Governo Estadual de Santa Catarina, com o objetivo de desenvolver, implantar e acompanhar o Acolhimento com Classificação de Risco no Estado, instituiu uma comissão formada por enfermeiros, cirurgiões-dentistas e médicos vinculados à Central Estadual de Regulação, à Gerência de Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde e a alguns hospitais (SANTA CATARINA, 2014a).

Esse grupo criou no mesmo ano a versão preliminar do Protocolo de Santa Catarina - Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco, constituído por 49 fluxogramas (SANTA CATARINA, 2014b) e que durante determinado período ficou aberto à sugestão dos profissionais que o utilizaram, de tal forma que atualmente consta de 59 fluxogramas (*in loco*).

Segundo o PACCR, um profissional experiente colhe as principais queixas e avalia os sinais vitais. Com base nesses dados e em algumas outras informações, o classificador estabelece a perspectiva de tempo até o usuário ser atendido pelo médico, sendo vermelho: imediato; laranja: até 15 minutos; amarelo: até 60 minutos; verde: até 120 minutos; e azul: até 240 minutos (SANTA CATARINA, 2014b BRASIL, 2016d).

A Superintendência de Serviços Especializados e Regulação da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina organizou e executou o Curso de Acolhimento com Classificação de Risco durante o ano de 2015, abrindo vagas para enfermeiros e médicos que atuassem em UPA e serviços de urgência e emergência do Estado de Santa Catarina, porém poucos enfermeiros das UPAs públicas desse município inscreveram-se. Ressalta-se que, apesar da participação de alguns profissionais nesta capacitação, as referidas unidades continuam sem um protocolo de ACCR, levando cada profissional a realizar a classificação através de critérios próprios.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Segundo Trentini, Paim e Silva (2017) a PCA objetiva mudar a prática assistencial em saúde para melhorá-la. Baseia-se na relação dialógica entre pesquisador e demais profissionais que desenvolvem a mesma prática assistencial naquele local; na imersão deste ao compartilhar o mesmo espaço e tempo de labor e pesquisa, ou seja, essa íntima relação do pesquisador com a prática profissional o torna um expert no assunto que investiga; e na aproximação, distanciamento e convergência das ações da pesquisa simultaneamente com a prática da assistência.

Alvim (2017) esclarece que o conhecimento é resultado das vivências de cada pessoa e, assim, os profissionais de saúde envolvidos simultaneamente em ações assistenciais e de pesquisa são conduzidos à consciência crítica e às mudanças e inovações necessárias na prática.

Trentini, Paim e Silva (2014) reforçam que o conhecimento provocador de mudança na prática de assistência pode ser potencializado se:

- Houver trocas de ideias entre todos que estejam em determinado ambiente;
- Existir um “ir e vir” constantemente entre o saber teórico e a prática com objetivo de gerar expansão do propósito inicial naquele campo;
- Manter-se imerso no campo de pesquisa, com objetivo de observar fatos que talvez não tivesse oportunidade se a interação fosse em horários específicos;
- Atuar como membro na equipe e, ao mesmo tempo, como pesquisador, pois propicia um grande ganho para o serviço.

Entre as ações de cuidados realizadas pelo pesquisador durante a pesquisa, destaca-se o acompanhamento da classificação de risco com o uso do protocolo; condução de paciente em cadeira de rodas para atendimento médico no consultório; realização de teste PEP para auxiliar a enfermeira que estava sozinha no plantão; atendimento e procedimentos à paciente grave em sala de reanimação, entre outros.

3.1 ETAPAS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL (PCA)

De acordo com Trentini, Paim e Silva (2014), a PCA compreende quatro fases Concepção; Instrumentação, Perscrutação e Análise.

3.1.1 Fase de Concepção

Esta fase compreende a justificativa, problema de pesquisa, objetivos e a sustentação teórica da pesquisa, já apresentadas nos capítulos anteriores.

3.1.2 Fase de Instrumentação

Nessa fase ocorre a descrição dos procedimentos de coleta de dados, dentre eles o local do estudo, os participantes e os métodos de coleta de dados.

3.1.2.1 Dimensão ética

Conforme Trentini, Paim e Silva (2017), na PCA, devido a simultaneidade da pesquisa e da assistência, deve-se considerar a ética da pesquisa e a ética da prática, que são diferentes e, dependendo do momento, uma ou outra sobressai, porém nenhuma delas em qualquer momento do processo se anula.

Para esse estudo foram considerados os seguintes cuidados:

- a) Garantia da explicação em linguagem adequada aos participantes sobre os pesquisadores e seus contatos; natureza, duração, propósito, metodologia e formas de retornos do projeto, bem como das inconveniências e dos riscos possíveis; dos efeitos sobre a saúde ou sobre o participante, que eventualmente pode ocorrer, devido à sua colaboração no projeto. Constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), a saber:
 - Convite para participar do referido estudo;
 - Explicação detalhada de como seria a colaboração do participante;
 - Ausência de riscos de natureza física ao participante, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre o tema, que pode retomar vivências. Compreendendo esse potencial risco, os pesquisadores comprometem-se a ouvir, interromper a entrevista, reiniciá-la sob a anuência do participante, tão logo ele esteja à vontade para continuá-la ou desistir, além de indicar acompanhamento e assistência durante e após término da pesquisa;
 - Assegurar, até o momento da publicação, direito de retificação de participação até solicitar desligamento da pesquisa, sem a necessidade de

nenhuma explicação e muito menos aplicação que qualquer penalização, prejuízo, dano, desconforto, sendo necessário apenas comunicar;

- Garantia de que o material coletado durante a entrevista poderia ser consultado sempre que solicitado;
- Exposição que, apesar dos cuidados, existia a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, cujas consequências seriam tratadas nos termos da lei;
- Certeza de que nos resultados deste trabalho o nome do participante não seria revelado, ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. E que tais conclusões poderiam ser apresentadas em eventos ou periódicos científicos, assegurado o anonimato;
- Esclarecido de que a legislação brasileira não permite compensação financeira por participação em pesquisa, portanto, a contribuição seria voluntária, mas seria garantido que o participante não teria nenhuma despesa advinda de sua colaboração. Contudo, caso houvesse custos comprovadamente vinculadas a sua participação neste estudo, esses seriam ressarcidos segundo os rigores da lei;
- Deixado claro que se houvesse prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, o participante poderia solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada;
- Exposto ao participante os endereços e contatos dos pesquisadores bem como do próprio Comitê de Ética, para eventuais queixas, explicações, orientações;
- Salientado que o TCLE é um documento extremamente importante por trazer informações de contato e garantia dos direitos como participante da pesquisa;
- Segurança que os pesquisadores ao assinarem também o TCLE, comprometeram-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa “Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para Unidade de Pronto Atendimento: uma construção coletiva”.

- b) Garantia que o projeto seria conduzido de maneira a evitar todo sofrimento e danos desnecessários, quer físicos, sociais, emocionais, espirituais ou materiais.
- c) Garantia que o projeto de pesquisa seria supervisionado pela professora Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento.

O desenvolvimento desta pesquisa se deu em conformidade com as exigências previstas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 registrada na Plataforma Brasil, sob número CAAE 04222918.2.0000.0121 e número do Parecer: 3.232.489 (Anexo A).

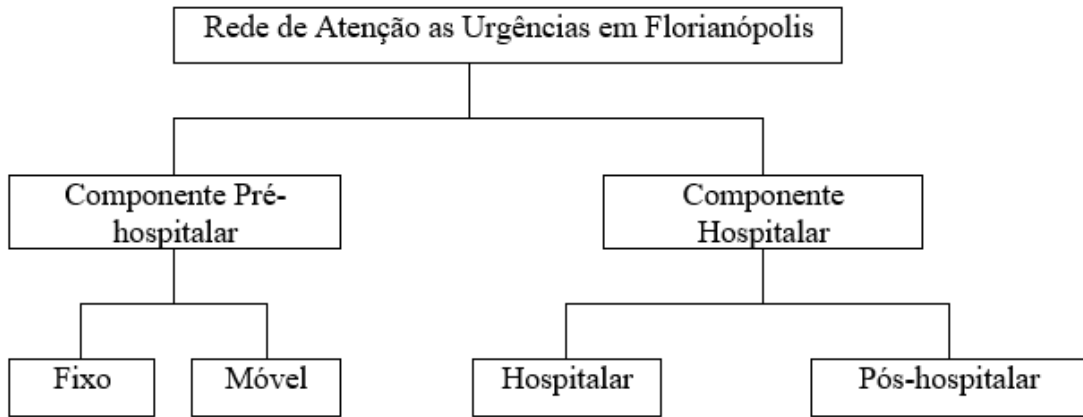
Devido ao campo de pesquisa ser uma Unidade de Saúde Municipal, o presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da Prefeitura e, por ser requisito para obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Eliane Regina Pereira do Nascimento, também ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Após análise e emissão de parecer favorável iniciou-se a pesquisa.

3.1.2.2 Caracterização dos locais de estudo

A escolha das Unidades se deu por estarem em funcionamento há pelo menos 1 ano quando da submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, assim resultando em duas UPAs na área de um município da região Sul do País.

Nessa cidade da Região Sul do País, a composição da Rede de Atenção as Urgências (RAU) é dividida em dois componentes, um denominado pré-hospitalar formado por meio de 49 Centros de Saúde (CS); 4 Policlínicas; 4 Centros de Atenção Psico Social CAPS com suas especificidades – Infantil CAPSi e Álcool e Droga – CAPSad; 4 Auto Socorro de Urgência (ASU); Serviço Móvel de Urgência (SAMU) com suas variáveis, 2 avançada (alfa) e 4 básica (bravo), e um outro designado componente hospitalar composto de 8 hospitais públicos e 10 privados ou restritos a determinados grupos como militares; 1 Fundação de reabilitação e Assistência domiciliar. A figura 8 demonstra tal rede.

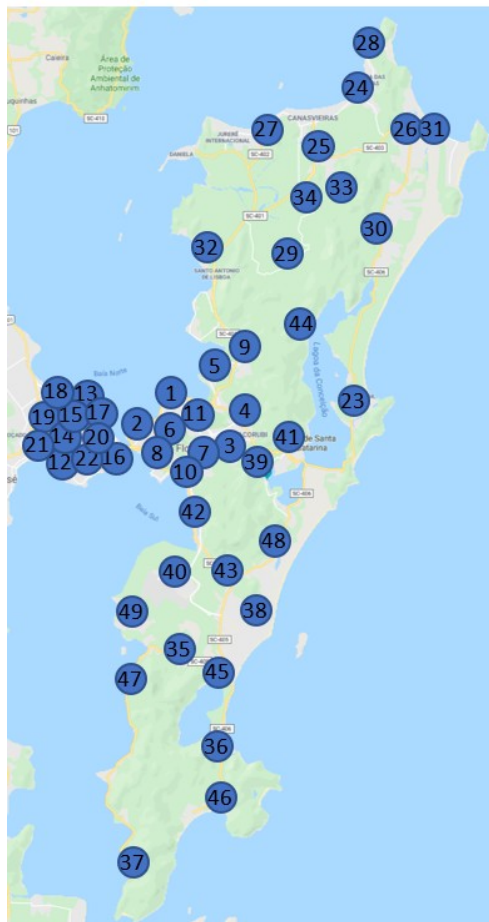
Figura 8 - Rede de Atenção às Urgências



Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

A Atenção Primária de Saúde (APS) é composta por quarenta e nove Centros de Saúde espalhados por toda Ilha, tanto na porção insular quanto continental, como pode-se observar na figura 9.

Figura 9 - Rede de Atenção às Urgências - Distribuição dos Centros de Saúde



Distritos Sanitários:	Nº de Centros de Saúde
Centro	01 a 11
Continente	12 a 22
Norte	23 a 34
Sul	35 a 49

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

A média complexidade engloba as três Unidades de Pronto Atendimento, quatro Policlínicas, quatro Centro de Atenção Psico Social e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.

As três unidades de atenção psicossocial disponibilizam atendimento cada qual para um público específico. O CAPSI destina-se a crianças e adolescentes, o CAPSad, atende público com problemas com álcool e outras drogas, e CAPS atende aqueles com causa orgânica para o problema. Essas unidades não atendem no período noturno, em finais de semana e feriados; o usuário e familiares são orientados, se necessário, a procurar a UPA nesses horários.

As quatro Policlínicas são unidades onde se realizam os atendimentos com médicos e cirurgiões dentistas especializados. As consultas são agendadas apenas pelos Centros de Saúde.

Para atender os vinte e dois municípios dessa mesorregião há quatro unidades de Suporte Avançado de Vida Terrestre - SAMU (Alfa). Cada equipe, composta por um condutor, um enfermeiro e um médico, as quais realizam atendimento inicial, ofertam apoio aos ASU e SAMU (bravo) e realizam transferências entre instituições pré-hospitalar fixo e hospitalar, bem como entre nosocômios.

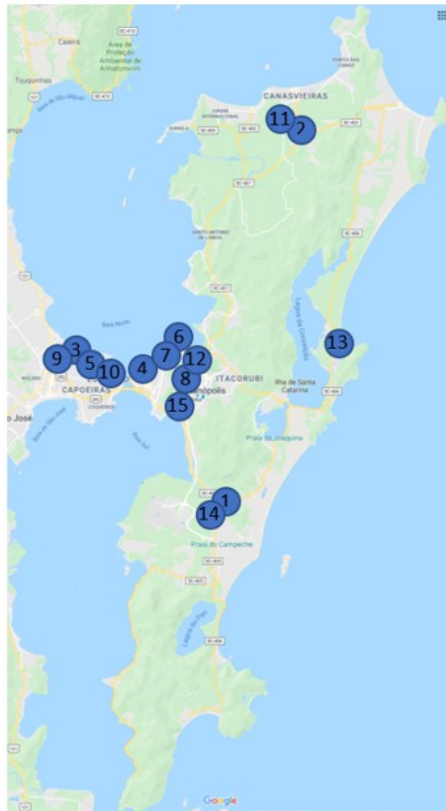
Uma das quatro aeronaves de asas rotativas (helicóptero), denominada Arcanjo 1 e uma das de duas asas fixas (avião), chamada Arcanjo 2, que compõe o Grupo de Resposta Aérea de Urgência (GRAU) que atende todo o Estado, tem sua base no Batalhão de Operação Aéreo. Os helicópteros são utilizados para atendimento primário, em que há risco iminente de morte nos quais a distância seja de até 300 km. Para deslocamentos maiores e envolvendo pessoas clinicamente estáveis, utilizam-se os aviões.

Todas as Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar têm suas bases em quartéis do Corpo de Bombeiro Militar. Exceto as quatro unidades SAMU – bravo, que são de responsabilidade do município, todas as demais são do Estado.

A central do SAMU e dos Bombeiros compartilham o mesmo ambiente. Dessa forma, o usuário pode acionar o sistema através dos números 192 SAMU ou 193 Corpo de Bombeiros.

Cabe destacar que tanto a UPA-B quanto a Sul dividem o mesmo prédio, respectivamente com a Policlínica norte e sul. Por isso, na figura 5 há apenas uma marcação nesses locais.

Figura 10 - Rede de Atenção as Urgências – Estruturas de média complexidade



- 1.UPA e Policlínica A
- 2.UPA e Policlínica B
- 3.UPA C
- 4.Policlínica D
- 5.Policlínica E
- 6.CAPS
- 7.CAPSi
- 8.CAPSad
- 9.CAPSad
- 10.ASU e SAMU bravo
- 11.ASU e SAMU bravo
- 12.ASU e SAMU bravo
- 13.ASU
- 14.SAMU bravo
- 15.SAMU alfa

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

Dos dezoito hospitais, oito são públicos e dez particulares ou de acesso restrito, como o Hospital da Polícia Militar que, além de atendimento particular e por plano, atende os militares e seus dependentes, e o hospital da Guarnição (Exército), que atende apenas militares e dependentes da Aeronáutica, Exército e Marinha. Há seis maternidades, sendo três públicas e três particulares.

Quatro hospitais públicos destinam-se a população específica: Hospital Infantil Joana de Gusmão, que atende apenas menores de quatorze anos de idade; Hospital Nereu Ramos, um nosocômio de porta fechada que atende pessoas com doenças infectocontagiosas e com contato prévio com plantonista; o Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) tanto na emergência quanto no ambulatório o atendimento é restrito apenas a quem esteja em tratamento oncológico naquela instituição e o Hospital de Custódia, onde a internação é por ordem judicial de condenados com comprovado distúrbio psiquiátrico; os demais são de porta aberta (Figura 11).

Figura 11 - Rede de Atenção às Urgências – Hospitais



Numerados de 01 a 08

Hospitais privados ou restritos

Numerados de 9 a 18

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

As três Unidades de Pronto Atendimento, duas na Ilha e uma no continente, prestam atendimento 24 horas sete dias por semana aos usuários que podem permanecer em observação em algum dos leitos adulto ou pediátrico ou na sala de reanimação. Em qualquer uma dessas Unidades as pessoas são atendidas sem encaminhamento, porém, às vezes, Centros de Saúde, Policlínicas ou CAPS encaminham para realização de exames ou observação, bem como os Hospitais encaminham aqueles que receberam alta com prescrição para curativos em finais de semana e feriados ou para medicação nos horários em que os Centro de Saúde estão fechados.

As pessoas também podem chegar à UPA conduzidas por uma equipe de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel privado, porém o mais comum é público como Auto Socorro de Urgência (ASU) do Corpo de Bombeiro Militar e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - bravo). Essas unidades públicas são orientadas, à distância, por médicos da Central de Regulação, os quais definem, conforme informações recebidas dos socorristas (ASU) ou técnicos de enfermagem (SAMU – bravo), conduta a ser implementada

e determinando se atendimento encerra no local ou se há necessidade de avaliação médica em UPA ou em nível hospitalar.

Portanto, o usuário pode chegar à UPA, mediante contato prévio entre médicos da Central de Regulação e da UPA ou, então, se durante o deslocamento para o hospital a equipe perceber alteração de quadro que necessite apoio disponível na UPA, seja de equipamento ou profissional. As guarnições da Polícia Militar também conduzem usuários para UPA, porém nesse caso, normalmente, sem contato prévio.

A pesquisa ocorreu nas Unidades municipais de Pronto Atendimento, nesse trabalho denominadas UPA-A e UPA-B, de um município da Região Sul do País, onde o pesquisador participou das ações relacionadas à sua pesquisa, concomitante às atividades assistenciais no seu papel de enfermeiro. Na UPA-A, local de sua lotação, cumpriu a escala normal, e na UPA-B, durante quatro horas diárias em três dias seguidos, realizou observação. Procedeu de igual forma no período noturno, totalizando vinte e quatro horas durante o mês de novembro de 2019. A UPA Continente não foi campo de pesquisa por ter sido inaugurada em 28 de fevereiro de 2019, praticamente um ano após autorização dessa pesquisa, fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

As UPAs A e B foram inauguradas em 2008, com plantas físicas muito semelhantes em formato e dimensões e localização ao lado dos terminais de integração urbano (PMF, 2019). Com o decorrer dos anos, tais Unidades passaram por reformas, que resultaram em estruturas internas diferentes, o que talvez tenha motivado os diferentes fluxos de atendimentos. O serviço oferece à população atendimento de enfermagem, clínica médica, cirúrgica e pediátrica, odontologia e de assistência social, além de serviços de apoio de imagem – raio X e de laboratório, esse executado por estabelecimento privado fora das Unidades.

A UPA-A possui quarenta e oito médicos cadastrado e a UPA-B cinquenta e oito o que classifica essas Unidades, respectivamente em tipo VI e V (Brasil, 2019, 2017).

Figura 12 - Localização geográfica com distância entre a UPA-A e UPA-B



Fonte: Google Maps (2019).

Ao chegar nessas Unidades, o usuário informa ao administrativo da recepção o motivo que o fez procurar atendimento na UPA; esse profissional, que não é da área de saúde, o insere na agenda do clínico, cirurgião, dentista, pediatra ou enfermagem. Recorrentemente há problemas. Por exemplo, o usuário é inserido em agenda de cirurgião dentista devido a queixa de intensa dor ao abrir a boca, no entanto essa pessoa poderia estar com um abscesso periamigdaliano e deveria ter sido direcionada ao médico. Outra situação é de usuários que se sentem constrangidos em expor publicamente o motivo de procurar atendimento.

O profissional da recepção insere o nome de todos que procuram atendimento no Celk Saúde¹, porém apenas aqueles que foram inseridos na agenda da clínica serão classificados pelo enfermeiro. Este fará a priorização sem um protocolo oficial instituído, ou seja, sem cumprir o que preconiza o Ministério da Saúde sobre a obrigatoriedade de protocolos definidos de acolhimento com categorização de risco (BRASIL, 2017) e o que determina o Conselho Federal de Enfermagem quanto a exigência e competência técnica do

¹ Celk Saúde (versão 3.1.21.13): Celk Sistema é a empresa especializada em gestão de saúde pública e privada, contratada, pela prefeitura no final do ano 2018, para criar e desenvolver o sistema que gerencia todos os prontuários eletrônicos da rede de assistência à saúde municipal. Tal sistema entrou em funcionamento no dia 09/03/2019 substituindo o InfoSaúde (versão 4.0.044) que havia sido elaborado em 2002 pelo departamento de informática municipal em parceria com a UFSC.

enfermeiro classificador, bem como de protocolo firmado que respalde o profissional (BRASIL, 2012b). Aqueles inseridos na agenda do cirurgião dentista, cirurgião geral e pediatra serão atendidos conforme ordem de chegada.

3.1.2.2.1 Unidade de Pronto Atendimento A

Em meados de 2019 começou a ampliação e reforma no prédio da UPA e Policlínica Sul, porém nesse local, até o momento, os serviços da UPA-A não foram afetados. A UPA-A, a partir de outubro, ficou com mais da metade dos plantões sem cirurgião, devido a solicitação de exoneração de quatro dos seis profissionais. Dessa forma, a clínica médica passou a atender tal demanda, e os enfermeiros passaram a classificar esses usuários.

Nessa UPA os usuários inseridos na agenda do clínico e do cirurgião geral aguardam na recepção do térreo, já os da pediatria e cirurgião dentista permanecem no primeiro andar para que sejam chamados por ordem de chegada. No mês de outubro, três cirurgiões que haviam solicitado exoneração saíram de férias; dessa forma, por vários plantões os usuários que procuraram atendimento por esse especialista foram classificados pelo enfermeiro. Subsequentemente, alguns clínicos negaram-se a atender esses usuários, de modo que, à revelia da legislação, um ou outro enfermeiro assumiu a responsabilidade de encaminhar o usuário para outro serviço em algum momento, antes da avaliação por um médico. Não se soube de maiores implicações.

Há duas salas de classificação, cada uma com um enfermeiro classificador, que atendem concomitante e têm visão contínua de todos usuários da clínica médica e cirúrgica que estão na recepção da Unidade.

Os classificados em vermelho são direcionados para sala de reanimação e ficam sob supervisão direta de um dos enfermeiros do Acolhimento com Classificação de Risco. Já com relação àqueles estratificados em amarelo, são encaminhados para uma área interna e aguardam atendimento médico próximo aos consultórios médicos. Os estratificados em verde ou azul aguardam na recepção.

Os usuários em observação não têm a supervisão de um enfermeiro, que só é acionado pelos técnicos de enfermagem quando há alguma intercorrência.

Figura 13 - Fachada da UPA-A



Fonte: autor (2019).

3.1.2.2.2 Unidade de Pronto Atendimento B

Em julho de 2019 foi iniciada uma grande reforma e ampliação do prédio onde está localizada a UPA e Policlínica Norte, culminando, no início de setembro, com a inviabilidade de continuar os atendimentos no prédio, levando à mudança para o Centro de Saúde de Canasvieiras, que fica ao lado, cerca de 10 metros. Nesse local, toda estrutura foi acomodada, e grande parte improvisada, como por exemplo a sala de reunião, que transformou-se em sala de reanimação. O consultório passou a ser observação pediátrica, o serviço de RX continua sendo realizado no antigo prédio, observação adulta inexistente e, quando necessário, o usuário é transportado com ambulância da Unidade para UPA-A. É visível que essa mudança trouxe imensos problemas, porém tanto servidores quanto população parecem ter entendido que era necessário.

Nessa UPA, sempre houve apenas uma sala de Acolhimento com Classificação de Risco. Nessa Unidade um enfermeiro fica responsável pela classificação de risco, enquanto o outro fica responsável pela supervisão e auxílio a equipe de enfermagem, avaliação daqueles em observação, sejam graves ou não, além de executar procedimentos privativos do enfermeiro – como cateterismo vesical, gasometria, teste rápido de HIV com orientação e dispensação de medicação específica, fornecimento e controle de medicamentos psicotrópicos, dentre outros.

Dois pontos no fluxo de atendimento mudaram a partir de julho, com alteração de local da Unidade. Primeiro, a observação tanto adulta quanto pediátrica não grave e sala de medicação, que estavam restritas ao primeiro andar em ambientes muito próximos. Ou seja, o enfermeiro ausentava-se daquele local apenas quando havia um usuário grave na sala de reanimação, que se encontrava no térreo. Atualmente, todo usuário grave ou adulto não grave que necessite ficar deitado será conduzido à sala de reanimação ao fundo da Unidade; se adulto não grave e em condições de ficar sentado, será levado à sala de medicação no meio da Unidade, e se for criança ficará no consultório médico transformado em sala de medicação e observação infantil no início da Unidade.

Antes da mudança o usuário classificado em amarelo ou verde aguardava atendimento em frente ao consultório médico no primeiro andar. Atualmente, aguarda no salão ao fundo da Unidade. Os priorizados em azul permaneciam no andar térreo à espera do chamado médico, e hoje ficam no primeiro salão, junto dos que ainda esperam pela classificação de risco.

Figura 14 – Fachada da UPA-B (edificação fechada para reforma)



Fonte: autor (2019).

Figura 15 - Fachada da UPA-B (edificação provisória)



Fonte: autor (2019).

3.1.2.2.3 Diferença entre as Unidade de Pronto Atendimento A e B

A tabela 5 refere-se ao atendimento no ano de 2017, o qual aponta uma desproporção numérica, especialmente nas prioridades azul e vermelho. O estrato azul na UPA-B foi 16,5 vezes maior que na Unidade A, já no estrato vermelho a UPA-B foi duas vezes menor que a UPA-A (PMF, 2018). Essa discrepância nas estratificações, possivelmente é resultado da não padronização no processo de atendimento nessas Unidades de Saúde municipais, conforme preconiza o Ministério da Saúde e os conselhos profissionais de enfermagem e medicina.

Quadro 8 - Comparativo de priorização dos atendimentos realizados no ano de 2017 nas UPA-A e B

	UPA-A	UPA-B
Salas de Classificação	02	01
Número de classificados em azul	2.023	31.370
Número de classificados em verde	41.569	18.871
Número de classificados em amarelo	9.023	6.101
Número de classificados em vermelho	373	130
Quantitativo de enfermeiros	12	12

Fonte: PMF (2018).

A inexistência de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco ou a não reavaliação do usuário podem trazer como consequências o agravamento do quadro clínico. Essa deterioração da condição de saúde é capaz de ensejar responsabilização civil e administrativa ao enfermeiro junto a prefeitura e ao Conselho de Classe e, por fim, até mesmo da instituição, que responde legalmente na situação.

3.1.2.3 Participantes da pesquisa

O Ministério da Saúde recomenda a participação dos gestores, trabalhadores e usuários para garantir maior legitimidade e perenidade ao processo, resultando em adesão à implantação do Acolhimento com Classificação de Risco. Para tanto, sugere a sensibilização de todos profissionais envolvidos direta ou indiretamente nas atividades daquela Unidade (BRASIL, 2009). Porém, devido ao tempo para desenvolver o projeto, apenas os enfermeiros assistenciais foram alvos do presente trabalho.

Adotou-se como critério de inclusão todos os enfermeiros da UPA-A e B que atuavam no período de coleta de dados, incluindo tanto os servidores com lotação principal (enfermeiro lotado unicamente na UPA-B ou Sul) ou secundária (enfermeiro lotado originalmente no Centro de Saúde e também em alguma das UPA com cobertura de escala por meio de horas extras). A justificativa por esses participantes se deu pelo fato de serem os profissionais que classificam o grau de risco dos usuários atendidos nas UPAs.

Como critério de exclusão adotou-se aqueles com menos de seis meses de experiência em Acolhimento com Classificação de Risco em alguma Unidade de emergência.

Os profissionais foram convidados pessoalmente a participar do estudo e, nesse momento, foram orientados sobre os objetivos e o procedimento para a realização da pesquisa, assim como sobre a importância de sua participação.

3.1.2.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e encontros de discussão. Neste tópico do trabalho sobre a PCA apenas se trará conceito e características sobre os instrumentos e técnicas de coleta de dados supracitados, deixando para o tópico seguinte a explanação de como se desenvolveu cada uma.

3.1.2.4.1 Entrevista semiestruturada

Para Pinheiro (2018), a entrevista semiestruturada fundamenta-se na comunicação entre entrevistador e entrevistado, guiada por um roteiro de perguntas realizadas previamente pelo entrevistador, mas que tem a liberdade de incluir questões complementares que aprofundam um assunto, com intuito de elucidá-lo ou retificá-lo ou de incluir um tópico exposto pelo participante da pesquisa.

3.1.2.4.2 Encontro de Discussão

Objetiva alcançar o consenso por meio do diálogo entre os participantes com a participação do moderador, cuja intervenção busca estimular a espontaneidade da participação de todos os componentes, garantir o foco no assunto e assegurar o cumprimento da atividade dentro do tempo proposto. Deste modo, deve dar atenção especial à habilidade com a técnica e manter a atenção do grupo (GODOI, 2015).

3.1.3 Fase de Perscrutação

Nessa fase são descritos como os dados foram coletados, ou seja, como os instrumentos de coleta de dados foram utilizados.

3.1.3.1 Entrega do Protocolo

Em 21/10/2019 a Escola de Saúde Pública entregou ao pesquisador o ofício autorizando o início da pesquisa (Anexo B). Neste dia, foi disponibilizado aos enfermeiros da UPA-A duas cópias físicas compostas cada uma por cinco folhas A4, impressas em ambos os lados, plastificadas e encadernadas com espiral do Modelo de protocolo de ACCR elaborado pelo pesquisador (Apêndice A) e duas cópias físicas compostas cada uma por onze folhas A4, impressas em ambos os lados e encadernadas com espiral, da explicação dos descritores separados por topografia conforme protocolo (Apêndice A). Disponibilizou-se o mesmo conteúdo de forma digital nos computadores das duas salas de acolhimento.

Nos quatro dias seguintes todos os enfermeiros que fariam plantão no mês seguinte e que eram elegíveis para a pesquisa foram contatados e sensibilizados sobre o projeto.

Diariamente, os enfermeiros plantonistas diurno e noturno eram estimulados a utilizar o modelo para, a partir da semana seguinte, contribuírem com sugestões.

A partir do dia 10/11/2019 o mesmo ocorreu na UPA-B, com a diferença de que, uma vez que lá há apenas uma sala de classificação de risco, foi deixado apenas um exemplar físico do modelo e também da explicação dos descritores, bem como da versão digital.

Em ambas as Unidades tal documento ficou disponível até dia 22/11/2019, quando foram recolhidos os modelos físicos.

3.1.3.2Entrevista

Com intuito de confirmar se o instrumento responde ao objetivo proposto e propiciar ao pesquisador ganho de habilidade e, por conseguinte, confiança para a realização das demais entrevistas, no dia 30/10/2019 ocorreu a entrevista piloto, transcrita naquele mesmo dia e enviada para conferência da orientadora, que fez ponderações, e foram acatadas como: exclusão de questões não pertinentes aos objetivos da pesquisa; questionar os entrevistados que informarem possuir especialização ou mestrado, em que área de concentração; realizar a pergunta da mesma forma a todos os entrevistados e ao final perguntar se deseja acrescentar mais informações.

A entrevista piloto compôs o rol das dezenove participantes da pesquisa.

As demais entrevistas ocorreram no período de 03/11/2019 a 12/11/2019. Os participantes da pesquisa foram contatados, individual e pessoalmente, em seu local de trabalho, em ambas Unidades, entre as 02:00h e 04:00h para enfermeiros de plantão noturno e entre 07:00h e 08:00h para aqueles do plantão diurno. Tal escolha do horário de contato se deu por conta desses intervalos corresponderem ao menor movimento nas UPAs (PMF, 2018).

Em todas as entrevistas buscou-se deixar o participante à vontade para falar, e não se interrompeu sua fala. A interferência se limitaria a duas situações: se ele não compreendesse alguma colocação e quando o entrevistado não entendesse ou não respondesse alguma pergunta; no segundo caso, a pergunta seria refeita de outra maneira, porém não houve necessidade de interferência.

Foram realizadas dezenove entrevistas em ambas Unidades, com duração média de vinte e cinco minutos cada, guiadas por um roteiro (Apêndice B) contendo questões fechadas que objetivaram conhecer os(as) participantes quanto a idade; sexo; nível de escolaridade;

tempo de atuação na UPA; tempo de experiência profissional; se tem outro vínculo; se realiza ou não sobreaviso e hora plantão, se o faz, quanto faz. E questões abertas com foco sobre o conhecimento que o(a) profissional tinha sobre Acolhimento; Acolhimento com Classificação de Risco; Triagem; Protocolos de Classificação de risco. E as potencialidades, fragilidades e sugestões para a melhoria do protocolo (Apêndice A) apresentado, considerando o contexto da UPA.

Antes de iniciar a entrevista, foi lembrado o objetivo do estudo, apresentado inicialmente durante o convite para a participação. Em seguida, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e o Termo de Autorização para Gravação de Voz (Apêndice D). Nenhum participante negou-se a assinar os termos.

Após a transcrição, todos os participantes receberam a entrevista, que, após lerem, assinaram, validando-a sem contestação.

3.1.3.3 Análise dos dados

Para a análise utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade temática (MINAYO, 2014). Na pré-análise realizou-se a leitura rápida dos dados das entrevistas, destacando-se no texto os pontos de interesse, em seguida procedeu-se a leitura minuciosa e exaustiva de todo o conteúdo. Após, realizou-se a codificação das mensagens, por meio da qual se apreenderam os núcleos de sentido, os quais foram agrupados, gerando as categorias temáticas.

Terminada a categorização, realizou-se a inferência a partir dos dados obtidos. Na apresentação dos resultados, com objetivo de facilitar o entendimento pelo leitor, porém cuidado para não alterar o conteúdo, os excertos dos relatos foram editados, retirando-se ou acrescentando termos (entre colchetes).

Para garantir o sigilo dos participantes, os mesmos foram identificados com a letra “E” que representa “Enfermeiro”, seguido de um número arábico que indica a sequência cronológica da entrevista realizada.

Após o tratamento analítico dos dados, emergiram quatro categorias:

- a) aspectos positivos da proposta de protocolo de ACCR relacionados aos enfermeiros;
- b) aspectos positivos da proposta de protocolo de ACCR relacionados aos usuários;
- c) fragilidades na implantação de um protocolo de ACCR;
- d) sugestões para melhorar a proposta de um protocolo de ACCR.

3.1.3.4 Encontro de Discussão

Diariamente, durante o período de 21/10/2019 a 14/11/2019, houve encontros nas UPAs de pelo menos meia hora antes e meia hora depois das trocas de plantão (07:00h e 19:00h), com intuito de apresentar as transcrições das entrevistas e entre os dias 15 e 22 de novembro de 2019, nos mesmos horários supracitados com objetivo de apresentar as contribuições citadas nas entrevistas e estimular a participação de todos na construção coletiva de um protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco. Participaram em cada um desses encontros dois ou três enfermeiros, totalizando 23 profissionais. O quantitativo final é maior do que os 19 entrevistados devido alguns não terem participado da entrevista, no entanto colaboraram com opiniões para construção do Protocolo.

3.1.3.5 Apresentação do produto aos enfermeiros das UPAs

Após as devidas alterações, os participantes a exemplo do primeiro encontro, foram contatados, individual e pessoalmente em seu local de trabalho, em ambas Unidades, entre os dias 22 e 29 de novembro para tomarem ciência do produto construído coletivamente – Protocolo de ACCR (Apêndice I) - resultado das sugestões apresentadas durante as entrevistas, nas conversas informais de corredores ou nos grupos de discussões antes e após as passagens de plantão, totalizaram noventa e sete itens, a ser explicitado a frente nesse trabalho; Para essa atividade usou-se em média vinte minutos.

3.1.3.6 Cronograma sucinto

O quadro 6 expõe, sucintamente, a cronologia das principais etapas da pesquisa.

Quadro 9 - Cronologia das etapas da pesquisa

Data	Atividade	Comprovante
21/10	Autorização da Escola de Saúde para início da pesquisa	Anexo B
21/10	Disponibilizado Protocolo na UPA-A para ser avaliado	Apêndice A
	TCLE	Apêndice C
30/10	Termo de gravação de voz	Apêndice D
	Entrevista piloto – UPA-A – (roteiro)	Apêndice B
03/11 – 12/11	Demais entrevistas – (roteiro)	Apêndice B
	Transcrições	
10/11	Disponibilizado Protocolo na UPA-B para ser avaliado	Apêndice A
21/10 – 14/11	Encontro de discussão	
15-22/11	Sensibilização para construção coletiva	
22/11	Recolhimento dos modelos físicos nas UPAs	
22-29/11	Apresentação do Modelo de ACCR construído coletivamente	

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em forma de um manuscrito e de um produto, de acordo com Instrução Normativa 01/MPENF/2014 de 03 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Antes, porém, apresenta-se alguns dados encontrados, que consideramos importante apresentar, e que não estão apresentados no manuscrito.

4.1 CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE ALGUNS TERMOS

Antes de adentrar nas interpretações das entrevistas relacionadas diretamente aos objetivos específicos dessa pesquisa, buscou-se saber dos entrevistados seu entendimento sobre os termos Acolhimento, Classificação de Risco, Triagem, e Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco

4.1.1 Acolhimento

A partir das entrevistas pode-se inferir que há uma ideia muito clara entre a maioria dos enfermeiros das duas UPA de que o Acolhimento nessas Unidades é pontual e centralizado em alguns profissionais, os quais determinam os próximos passos que serão executados pelo usuário, como se constata nas seguintes falas:

Ele faz a ficha na recepção e nós que vamos acolhê-lo para, tanto para o nosso serviço como “encaminhar, às vezes, ele” para outro serviço que seria dentro prefeitura. Nós somos uma referência (E5).

Acredito que, pelo perfil que eu identifico aqui, o enfermeiro, o médico. Os técnicos de enfermagem eu não consigo “vê eles” aqui na UPA fazendo esse acolhimento (E7).

Outra fala que chama atenção é limitar o Acolhimento a aferição de sinais vitais e posterior encaminhamento para Classificação de Risco:

O acolhimento é você ver, é você atender o paciente, ver os sinais vitais dele para ele depois passar para a classificação de risco (E12).

Tal conduta isolada causa um desserviço ao SUS, pois não desenvolve a responsabilização mútua e nem produz vínculo entre serviços, trabalhadores e usuários. A articulação através da reorganização do serviço de saúde, o comprometimento ético e técnico

do trabalhador e a corresponsabilidade visam assegurar ao usuário atenção integral, resolutiva e responsável em todas as práticas de atenção e gestão de saúde. Por conta da superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros, criou-se na emergência uma vertente própria: o Acolhimento com Classificação de Risco em Emergência (BRASIL, 2009).

Sob esse pensamento é coerente correlacionar Acolhimento com garantia do cuidado; com escuta, vínculo, responsabilização e resolutividade da assistência; com continuidade do cuidado; com participação nos projetos terapêuticos e de produção de saúde e com saúde como bem e não como mercadoria (BRASIL, 2009).

Porém, há os que compreendem que o Acolhimento deve ser contínuo, que todos devem executar, que implica em comprometimento mútuo e respeito, conforme se observa em algumas falas, implícita ou explicitamente:

Acolhimento, na realidade é uma postura. É “tu receber” aquela pessoa e ouvir o que ela veio fazer em determinado serviço. Então, o acolhimento, qualquer profissional que trabalha na UPA, eu acho que está apto a fazer o acolhimento, fazer uma escuta sobre o que a pessoa está precisando naquele momento (E2).
O acolhimento, ele pode ser realizado por qualquer profissional de saúde ou da recepção também (E14).

4.1.2 Classificação de Risco

A avaliação de grau de risco e vulnerabilidade é dever de todos, pois compõe o Acolhimento, mas a priorização é exclusiva do profissional de saúde de nível superior, devidamente capacitado dentro de protocolos definidos (BRASIL, 2017). No âmbito da enfermagem o COFEN relata que tal atribuição é exclusiva do enfermeiro, considerando que esse é um “processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução” (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2015).

É obrigatório que as Unidades de Pronto Atendimento disponham de um sistema de classificação de gravidade que priorize aquele com maior risco de agravar o quadro ou de morrer, e não necessariamente aquele que chegou primeiro, realizado por médicos ou enfermeiros capacitados, com destaque da proibição de dispensar qualquer usuário antes de ser avaliado por um médico (BRASIL, 2014b).

Sobre o conceito de Classificação de Risco não houve discrepância, sendo que todos os entrevistados informaram que, classificar o risco, é priorizar o atendimento devido quadro apresentado e não momento de chegada à Unidade. A variação se deu quanto a definição do profissional que legalmente pode realizar tal procedimento. Todos os entrevistados relataram

que o enfermeiro está legalmente habilitado para tal; onze entendem que os médicos também podem realizar; três opinaram que qualquer profissional de nível superior pode fazê-lo; e um entrevistado entendeu que qualquer pessoa na UPA pode realizar essa priorização.

Classificação de risco para mim é você priorizar o atendimento. É verificar, ou analisar a necessidade de priorizar um atendimento, de ser mais rápido do que outros tipos de atendimentos. Em poucas palavras eu entendo como isso. Legalmente habilitado é o enfermeiro. Mas acho que capacidade todo mundo teria. Desde que haja um protocolo, um treinamento (E1).

Daí só é privativo do..... na verdade é privativo do nível superior. Pode ser feito pelo enfermeiro ou pelo médico (E16).

4.1.3 Triagem

O Parecer 09/2015 do COREN-SC sobre Acolhimento com Classificação de Risco é categórico ao determinar que é terminantemente proibido ao enfermeiro fazer triagem, diagnóstico médico e determinar quem será e quem não será atendido nas unidades de emergência (BRASIL, 2015). Portanto, apesar de se usar rotineiramente como equivalentes Triagem e Classificação de Risco, do cunho legal são muito diferentes.

Para sete entrevistados a triagem é restrita a aferição de sinais vitais e não inclui a classificação de risco. Um participante entende que qualquer profissional da área da saúde pode realizar a triagem. Para outros quatro tal conduta é restrita ao enfermeiro e ao técnico de enfermagem, e dois pensam ser atribuição do técnico de enfermagem.

Olha a triagem fica meio confusa, mas eu acho que a triagem ela parte do princípio de que todos podem fazer. Quem tá na área da saúde. Eu acho que o técnico pode fazer uma triagem e verificar os sinais vitais e deixar o paciente pronto para atendimento, mas não necessariamente classificar esse paciente para o atendimento. A é triagem verificar os sinais vitais. Acho que é isso. Não classifica. A triagem não é classificar (E17).

Quatro entrevistados entendem que triagem seja sinônimo de Classificação de Risco e, assim, consideram que pode ser realizada pelo enfermeiro, sendo que um considera que pode também ser realizado pelo médico.

Que aqui mistura tudo: acolhimento, triagem, classificação de risco. Mas eu entendo que, para mim, seria bem parecido com a classificação de risco. Tria o paciente, verifica a demanda e classificaria como urgente ou não urgente aquela queixa do momento, o que trouxe ele para o atendimento (E7).

Três pessoas veem triagem como exclusão. Duas situações chamaram a atenção: uma que o entrevistado não sabe quem pode excluir o usuário do atendimento e outro que entende que o técnico pode tomar tal responsabilidade.

Triagem e “tu vê” quem fica, quem vai. “Tu tá” triando e classificando todos que estão aqui dentro, eles são classificados com maior e menor risco. Os que vão. Mas triar é excluir (E5).

Eu não sei. O enfermeiro, eu penso que é só acolher (E5).

A triagem, parece que uma palavra que exclui, [...] Eu nem falo para os pacientes que é uma triagem, porque parece que “tu está” dizendo que esse indivíduo pode ser atendido e o outro não. [...] a triagem eu acho que o próprio técnico também pode fazer (E11).

Quatro enfermeiros entendem que triagem é uma forma “grosseira” de separar, e que é realizada pela recepção quando essa insere o usuário na agenda pediátrica, clínica, cirúrgica, odonto ou de enfermagem.

Eu acho que triagem é o ato de acolher o paciente e direcioná-lo ao caminho certo, vamos dizer assim. Seria como receber um grupo de pacientes, e dentro desse grupo, colocá-lo em caminhos, assim. Como ato de ‘o que aconteceu com o senhor?’. ‘Ah, eu cortei a cabeça’. Eu triei e direcionei à cirúrgica. ‘Ah, eu estou vomitando desde ontem de manhã’. Eu triei e coloquei no caminho da clínica médica, vamos dizer assim. Ou triar e colocar na pediatria, ou triar e colocar..... Acho que na odontologia não cabe porque não sei se esses fluxos, eles direcionam também para o paciente da odonto. Acredito que não, mas acho que também poderia ser feito, vamos dizer assim (E8).

4.1.4 Protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco

Os protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco citados pelos entrevistados foram o de Manchester (10), o de Belo Horizonte (9), o de Santa Catarina (6), o da UPA (2), o do Ministério da Saúde (1), Outros (4). Sete entrevistados desconhecem algum protocolo. Apesar da maioria dos entrevistados citarem o protocolo de Manchester, durante a entrevista alguns afirmaram desconhecê-lo, ou que, na verdade, apenas ouviram falar.

Acho que o mais conhecido é o de Manchester, né, e depois o do Estado e o de BH porque a gente começou com essa coisa de ‘ah o protocolo de Manchester e tal’. [...] Mas esses protocolos que eu nunca li muito eles a fundo, não posso “descrever eles” assim [...] (E1).

Conhecimento, só o que a gente tem da foi feito uma vez treinamento na UPA, desse do Estado, que dizem que é baseado no de Belo Horizonte, mas nunca parei para ver (E9).

A gente conhece mais eu não sei tem o.... ai agora não lembro tem o Manchester que eu assim o do Estado não é Manchester mas eu não lembro o nome [...]. Do Estado é diferente do Manchester. Manchester é só azul, verde, amarelo e vermelho, não é assim? Eu acho que é acho que não tem laranja no ... Tem? Eu te confesso assim que, na verdade assim, é os tipos de protocolo que tem, o nome eu nunca parei na verdade para analisar e olhar assim. A gente aprende com Eu aprendi na “lida” mesmo assim. E na verdade não é no senso de, no teu senso de prioridade assim, que a vida te dá (E19).

4.2 INFERÊNCIAS DOS PARTICIPANTES SOBRE O PRODUTO

Esse ponto abordará as inferências dos profissionais sobre as vantagens aos enfermeiros, usuários e município; potencialidades, fragilidades e sugestões ao Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco.

4.2.1 Vantagens ao enfermeiro da implantação de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco

O item da pesquisa com menor divergência de opiniões foi relativo às vantagens da implantação de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para enfermeiro classificador de Unidade de Pronto Atendimento, talvez por conta da vivência dos entrevistados.

Os termos puderam ser agrupados em cinco opções: Padronização (12); Segurança (11); Justiça (3); Qualificação (1); Organização (1).

Eu acho que a partir do momento em que tem um protocolo, está mais respaldado dentro do serviço, até perante teus colegas que, tanto médico quanto os demais colegas, que “tu vai” seguir uma linha padrão (E16).

Já acontece, uma vez, uma situação bem interessante. Eu estava com uma outra colega fazendo um atendimento e a mãe veio com gêmeos e os dois tinham a mesma queixa e foram classificados de forma diferente. Eu classifiquei em azul e a colega classificou em verde. [...]. Então acho que o protocolo ajuda a alinhar isso, dar qualidade ao serviço, falar a mesma língua, agilizar os processos e também porque traz segurança para o paciente, para o profissional, para a própria instituição. Traz também esse caráter de seriedade com o trabalho (E1).

Na realidade a gente tem que ter o feeling, faz parte, mas é muito interpretação pessoal. Então isso é complicado. É injusto. Errado (E15).

Então, eu acho que ele é fundamental para otimizar, também, os atendimentos e qualificar, otimizar e padronizar (E7).

Muita, muita vantagem porque hoje eu vejo muita discrepância de classificação. Às vezes ao meu ver um paciente é verde e o colega classifica em amarelo. Então, num serviço como uma UPA a gente tem que falar a mesma língua, porque esse paciente certamente ele virá muitas outras vezes, como é a nossa rotina aqui. Então eu acho que organiza, organiza a demanda, organiza o atendimento dos próprios colegas, dos enfermeiros (E17).

4.2.2 Vantagens ao usuário da implantação de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco

Os enfermeiros entendem que o ACCR traz aos usuários segurança quando determina, com base científica, que o atendimento não é por ordem de chegada, mas sim por necessidade clínica. Alertam também que o usuário tem papel decisivo no tempo de espera pelo atendimento médico: ao desconsiderar os Centros de Saúde como locais corretos para atendimento dos quadros não emergenciais, eles sobrecarregam a UPA.

Para o usuário também é importante. É importante que ele saiba qual é a classificação, por que aquela e não outra. Uma pessoa classifica de um jeito e outra de outro, isso gera desconforto entre os próprios usuários e do usuário com o profissional por essa diferença. Quando não é padronizado isso tende a acontecer. O usuário saberá qual é a classificação dele, o tempo que vai demorar para ser atendido e poderá ser orientado a retornar para nova classificação se sentir qualquer desconforto ou alguma alteração. Eu acho que é importante sim para os usuários até para educar a procurar um serviço de emergência quando realmente for necessário, pois algumas queixas que poderiam ser atendidas num centro de saúde (E07).

Além desses pontos positivos, outros também foram citados, porém com menor frequência, a saber: Adequação da equipe médica a nova dinâmica; Atualização frequente; Capacitação de servidores; Encaminhamentos; Equidade; Formato digital disponível da proposta; Inovação; Justiça; Levantar as demandas; Método mnemônico ABCDEF; Organização; Parâmetro para sinais vitais expostos; Posição anatômica; Possibilidade de ir e vir dentro do fluxograma; Possibilidade de melhoria constante; Priorizar o real; Qualidade do atendimento; Ser colocado dentro do Celk; Ser útil; Sonho antigo; Ter ciência do nível de priorização e do tempo para ser atendido.

4.2.3 Vantagens ao município da implantação de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco

Os entrevistados também atribuíram vantagens para o município ao implantar um Protocolo de Classificação de Risco, agrupadas em dezenove categorias: Atendimento célere; Atendimento padronizado; Capacitação; Determinar objetivo da UPA; Diminuir conflitos (profissionais); Diminuir conflitos (usuários); Diminuir reclamações; Economia; Encaminhamentos; Fluidez de toda a rede; Imagem pública; Levantar demanda; Organizar UPA; Priorização real; Qualidade; Quantificar RH; Responsabilidade; Segurança do profissional; Segurança do Usuário.

Destes, nove não apresentam relação direta com vantagens ao município, seis relacionam-se aos servidores, três aos usuários, um ao gestor municipal e somente duas são consideradas vantagens relacionadas diretamente ao município (Economia e Responsabilidade).

4.3 POTENCIALIDADES DA PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

As potencialidades relatadas pelos enfermeiros sobre a implantação de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para as Unidades de Pronto Atendimento foram aglutinadas e colocadas em ordem decrescente de citação: Característica levantada (6); Segurança para o profissional (6); Agilizar o trabalho (5); Parâmetro para sinais vitais expostos (4); Facilidade em utilizar (3); Ser colocada dentro do Celk (3); Segurança para o usuário (2); Balizar a prática (2); Escala virtual analógica dentro de cada fluxograma (2); Formato digital disponível da proposta (2); Possibilidade de melhoria constante (1); Útil (1); Inovador (1); Posição anatômica (1); Construção coletiva (1); Sonho antigo (1); Método

mnemônico ABCDEF (1); Possibilidade de ir e vir dentro do fluxograma (1); Rapidez (1); Atualização frequente (1).

Acho que eu já trouxe algumas coisas de fortaleza dele que é essa questão da importância do protocolo, que eu acho que vai agilizar o trabalho, vai dar mais segurança para o profissional, para o paciente, mais precisão no atendimento (E1).

Eu queria parabenizar porque eu achei super interessante mesmo, achei que vai facilitar bastante. Como eu falei, eu não sou aqui da UPA, mas venho aqui há seis meses e sinto falta de ter algo padronizado. Acho que o teu trabalho vem a somar e melhorar o atendimento de todos nós aqui que atendemos (E7).

Mas de ponto positivo eu acho que, realmente, ele acaba “nos dando” mais segurança na hora de tomar decisão, dizer: ‘não olha, esse é um paciente azul, esse é paciente verde, amarelo, laranja e tal’. Ele acaba meio que dando um lembrando assim: ‘opa, precisa verificar a pressão, precisa verificar a saturação’. Às vezes um paciente que não está com queixa de febre, mas tu ‘opa, precisa verificar a temperatura porque, embora o “cara” não está com nenhum sinal, enfim de febre mas ele pode estar, enfim, com qualquer outra coisa’(E13).

Está bem interessante, está fácil de classificar por ali, não é complicado apesar de que eu ainda tenho algumas dúvidas porque não vi ele todo (E4).

Eu acho que a importância é de ser algo que foi criado, algo diferente e que “tu consegue” produzir direto no nosso atual sistema e que “tu vai” seguir esse padrão esse protocolo direto ali pelos Celk e a forma com que ele foi colocado também, que “tu já consegue”, olhando para o paciente e a queixa, já direcionar para cor, conforme a queixa do paciente (E16).

Eu gostei da escala da dor junto (E7).

Então o protocolo, aquele ali especificamente, ele me tirou muitas dúvidas assim. Então acho que ele clareia determinadas,... está esmiuçado, tem parâmetros de sinais vitais que, que determina, por exemplo, então vai sentir com 38 e meio “tu não sabe” se “tu bota” amarelo, se “tu bota” verde. Ali já está determinado. Então isso facilita muito na hora de “tu classificar”, está bem explicadinho, bem esmiuçadinho (E17).

4.4 FRAGILIDADES DA PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Como fragilidades da proposta os participantes apontaram:

- Engessamento do enfermeiro classificador

Sobre fragilidades eu acho que talvez tenha que ver alguns pontos dessa questão que talvez possa engessar o profissional, ou que possa completar alguns furos que ainda tem (E01)

A única coisa que eu acho de desvantagem é o engessamento. Às vezes, ele pode engessar o nosso trabalho (E10).

- Subjetividade da dor informada pelo usuário

eu não tenho coragem de perguntar, para nenhum paciente, que dor ele está sentindo porque eu acredito que ele dirá sempre que está com 10. Porque, a população, ela não está preparada para ser sincera em relação a esse item. Pode ser que eu esteja errada, mas é um pré-julgamento meu (E5).

Eu acho que a dor, ela é muito subjetiva. Tu classificar uma dor é muito difícil, ainda mais num serviço de emergência frágil como o nosso (E17).

- Necessidade de descrever os qualificadores

Se esse protocolo for usado por um enfermeiro do Centro de Saúde, que venha fazer hora extra pela primeira vez, talvez ele precisasse de explicação [...] talvez o protocolo, pudesse, ao lado de cada item, ter mais janelas explicativas (E8).
É, as terminologias. Que deveriam ser um pouco melhor especificadas ali mesmo (E14).

- Tempo para uso e adaptações

Com o tempo surgirão dúvidas, como a gente já conversou quando estava usando e com isso a gente ir adaptando, mas acho que tem que ter um começo (E09)

- Tendência de aumentar a prioridade da maioria dos usuários

Às vezes, como ele é protetivo, poderá supervalorizar demais e aí teremos que criar outras subestratificações das que já existem hoje, por exemplo um laranja claro e laranja escuro dentro daquelas classificações que já existiria (E10).
Vejo que os pacientes que eram azuis para gente, estão todos com subclassificação verde. Então eu acho, que entre verdes e azuis, ainda tem um pouquinho a melhorar sim (E17).

- Fundamento do protocolo na topografia anatômica

Geralmente a gente pensa de forma sistemática, em relação ao organismo, e esse traz um novo pensamento que é um pouco mais topográfico. Nesse sentido, a gente já está um pouco acostumado a pensar de um jeito e teria que mudar esse pensamento. De repente essa seria uma das fragilidades: de ter que treinar todo mundo e fazer um novo pensamento em relação a isso (E10).
Estamos num ritmo de trabalho de muita autonomia para escrever aquilo que queremos, [...] a partir do momento que tem algo que tem que clicar de acordo com a região anatômica do paciente, às vezes temos uma certa restrição, será que dará certo? Será que não dará? Ou, é algo que não tem nada a ver ou às vezes ele tem mais de uma queixa (E 13).

- Priorização daqueles que por características intrínsecas seja idade, condição de saúde, social, já possuem preferência

[...] o idoso, que já é automaticamente amarelo a partir de oitenta [...] os presidiários, trazidos pelos agentes prisionais para consultar por algum motivo, eles já são amarelos (E5).

- Ausência de qualificadores para situações específicas como sutura, parotidite, de torcicolo e alteração de fluxo menstrual

Não tem, em nenhum lugar ali, a sutura [...] às vezes, é uma sutura simples, não estava comprometendo nada, clinicamente paciente estável, mas tem um tempo de espera de seis horas para fazer a sutura. [...] Parotidite não apareceu também. Tipo, essas doenças mais virais. [...] Torcicolo, [...] tem que priorizar a dor porque não aparece essa patologia. Então eu tenho que ver e dor. Eu vou perguntar para o paciente. Ele vai dizer que está com (dez). [...] Só falou que está com tontura e com a pressão alterada. Vou verificar a pressão, realmente está alterada, e aí? Vou para que tópico daquele? [...] Dois meses estava menstruando ininterruptamente, por exemplo (E05).

- Usuário com diversas queixas

A única coisa que eu ainda tenho dificuldade, mas isso é meu não do protocolo, quando o paciente chega falando de dor na cabeça, no pé, no dedo, no ...aí eu fico um pouco perdida ainda, porque daí eu tenho que voltar, o que que colocarei no final? Todos ou só o principal? Ou eu faço um relato a mais? Isso é a única coisa que eu me perco ainda (E12).

Facadas em várias partes do corpo, fácil porque gente já classifica de vermelho, mas uma dúvida rápida: eu iria primeiro para o tórax, para o abdômen, para que a cabeça? Que parte que eu iria para essa classificação? (E11).

- Quantidade de cliques para registrar informações

O ponto que deve ser melhorado é a quantidade de janelas que tem que abrir. [...] Quanto menos cliques tu deres, melhor é o programa.

Por que o XX [programa anterior Info era bom? Porque a gente dava um click ele abria, o Celk é ruim por quê? “Tu dá” 50.000 (cinquenta mil) cliques, volta 500.000 (quinhentas mil) vezes na página e o negócio não rende.

Realmente eu estou gostando desse que estou usando, mas me preocupa a questão das telas, de ter que ir passando, de não criar ou poluir mais o nosso sistema operacional (E11).

- Ausência de protocolos de enfermagem da atenção primária

A única, talvez, seria utilizar os protocolos de enfermagem. Tem muita coisa que, usando os protocolos do município, o enfermeiro poderia ... [resolver] claro que teria que ter mais profissionais, com o quantitativo de profissionais que existe aqui, hoje, para atendimento, é inviável (E08).

- Usuário relata uma história no ACCR e depois para o médico informa outro problema menos grave

O paciente que vem aqui, forja uma queixa para poder passar na frente [...]. Porque a gente cansa de conversar com os médicos e eles dizem pois é, escreveste que o paciente estava com dor no peito, chegou lá dentro ele disse para mim que era dor de cabeça (E17).

4.5 SUGESTÕES PARA MELHORAR A PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Os participantes da pesquisa apresentaram várias sugestões de melhoria à proposta. As que dependiam de alterações no projeto foram implementadas; as que dizem respeito ao fluxo nas Unidades ou mesmo aquelas que necessitam de alterações de outros setores como Informática, Atenção Básica de Saúde, foram apresentadas à Secretaria de Saúde do Município quando da disponibilização desse trabalho.

4.5.1 Sugestões de melhoria atendidas

Os enfermeiros classificadores das UPASs A e B, participantes da pesquisa apresentaram 105 de alterações, atendidas durante a fase de pesquisa, à proposta de uniformidade no Acolhimento com Classificação de Risco dos usuários que procuram essas

Unidades. A seguir constam algumas das sugestões apontadas, listagem completa consta no Quadro 17.

- Diminuir número de cliques necessário para mudar de prioridade

E dar uma melhoria. De repente o pessoal da TI pode te ajudar nisso, lá na UFSC mesmo (E6).

- Valorizar alguns pontos e cuidar para não supervalorizar outros

Cuidar com a super valorização de alguns pontos, para não correr o risco de tudo ser amarelo e então ter que criar subdivisão. Dar atenção a parte ginecológica, alérgica, crônicas e agudizações. [...] Cuidar um pouco com os termos técnicos. [...] Sinais vitais a gente precisa de coisas mais digitalizadas para facilitar a ergonomia do profissional, a parte de sinais vitais que o protocolo prevê. Sinais vitais guiando tudo, então a gente precisa, a demanda é muito grande, serão muitas questões a serem avaliadas, LER, prevenir a saúde do profissional também, eu acho importante e esse protocolo vai ajudar (E10).

Dor há 30 dias [...]... quando eu digo que tem que afinar um pouquinho mais os pacientes azuis e verdes (E17).

- Especificar alguns termos

Daí colocar isso entre parênteses, por exemplo, limitação daí colocar ‘falta de mobilidade’. Colocar o que que significa aquela limitação. Entre parênteses o que que é aquela limitação: fraqueza, dormência (E14).

- Permitir “caminhar” livremente pelas prioridades

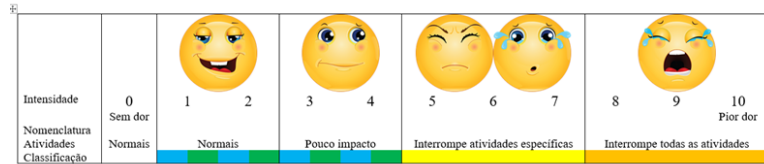
Ícones de todas as prioridades em todas as telas, quando clicas, por exemplo o vermelho, ele aparece só o amarelo, o laranja, o anterior a ele. Eu acho que tem que ter para você pular direto para o azul, para você pular direto para o verde (E15).

Quadro 10 - Sugestões de alterações do produto apontadas pelos participantes

1.	Item:	Numeração sequencial dos descritores
	Local:	Todos os fluxogramas
	Ação:	Remoção
	Motivo:	Numeração destinava-se a facilitar a localização da explicação de termos no “dicionário” que acompanhava Protocolo, porém é necessário que documento seja autoexplicativo.
2.	Item:	Fluxogramas especiais
	Local:	Fluxogramas Alteração de Conduta e Causa Externa
	Ação:	Remover fluxogramas especiais, após incluir seus descritores nos Fluxogramas por Topografia Anatômica, conforme afinidade.
	Motivo:	Adequar a proposta de Fluxogramas por Topografia Anatômica.
3.	Item:	Ilustração de Escala Visual Analógica (EVA)
	Local:	Início de Protocolo, logo abaixo do índice dos fluxogramas.

Ação: Inserir em todos os fluxogramas da Escala Visual Analógica (EVA), junto os descritores “Dor forte (EVA: 8 a 10)”, prioridade laranja, letra “D”; “Dor média (EVA: 5 a 7)”, prioridade amarela, letra “D”; “Dor fraca recente (EVA: 1 a 4 de início até 72h)” prioridade amarela, letra “D” e “Dor fraca não recente (EVA: 1 a 4 de início há mais de 72h)”, prioridade amarela, letra “D”.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)



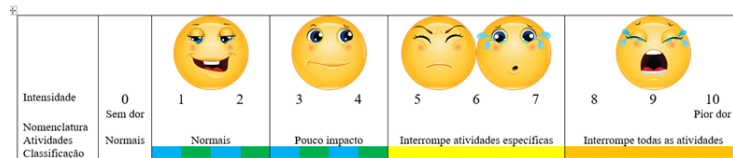
Motivo: Facilitar a associação da intensidade da dor com a imagem da escala

- 4. **Item:** Descritor “Dor fraca não recente (EVA: 1 a 4 de início há mais de 72h)”
Local: Todos os fluxogramas, prioridade azul, letra “D”.
Ação: Excluir descritor.
Motivo: Toda dor referenciada pelo usuário terá sua importância independente do tempo, de tal forma que esse não deverá ir embora da Unidade sem atendimento médico. Ficando estrato azul destinado exclusivamente, a usuários assintomáticos que retornam para mostrar resultado de exame solicitado há mais de 24h, solicitar atestados, receitas ou exames e por fim àqueles em que a queixa é mensurada porém não se observou tal.

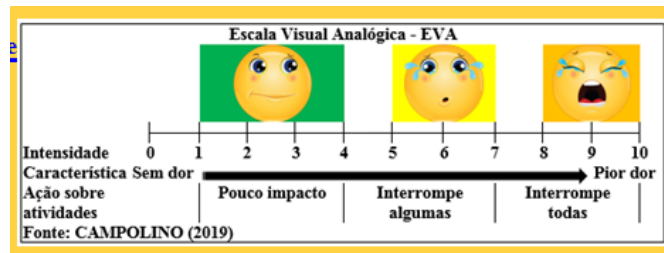
- 5. **Item:** Descritor “Dor fraca recente (EVA: 1 a 4 de início até 72h)”
Local: Todos os fluxogramas, prioridade verde, letra “D”.
Ação: Alterar para descritor: “Dor fraca (EVA: 1 a 4)”, prioridade verde, letra “D”.
Motivo: A alteração da limitação temporal deu-se por conta da eliminação do descritor “Dor fraca não recente (EVA 1 a 4 há mais de 72h)”.

- 6. **Item:** Ilustração de Escala Visual Analógica (EVA)
Local: Todos os fluxogramas, nas prioridades, laranja, amarela e verde, letra “D”.
Ação: Trocar imagem

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)



Por



Com acréscimo de informações conforme figura.

Motivo: Facilitar a associação da intensidade da dor com a imagem da escala

7. **Item:** Letras “A”, “B”, “C”, “D”, “E” e “F” do Método mnemônico.
Local: Todos os fluxogramas.
Ação: Alterar tamanho da fonte de 12 para 20.
Motivo: Facilitar a identificação visual dentro de cada fluxograma.
8. **Item:** Descritor “Inconsciência”
Local: Todos os fluxogramas
Ação: Incluir expressão – ECG ≤ 8 - “Inconsciência (ECG ≤ 8)”
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
9. **Item:** Layout de Fluxograma
Local: Todos os fluxogramas
Ação: Dividir fluxograma por prioridade de tal modo que cada cor localiza-se numa página.
Motivo: Destacar descritores dentro de cada prioridade.
Minimizar possibilidade de enfermeiro classificador ir direto para descritor de menor prioridade em detrimento de outro de maior preferência.
10. **Item:** Layout de Fluxograma
Local: Todos os fluxogramas
Ação: Acrescentar ao final de cada estrato cinco retângulos, com, cada qual contendo sequencialmente os seguintes dísticos “Fluxogramas”, “Vermelho”, “Laranja”, “Amarela”, “Verde” e “Azul” e “Texto livre”, cada uma com hiperlink correspondente a prioridade.
Motivo: Quando no meio digital agilizar a navegação:
“Fluxogramas” => Lista de fluxogramas
“Vermelha” => Estrato vermelho
“Laranja” => Estrato laranja
“Amarela” => Estrato amarela
“Verde” => Estrato verde
“Azul” => Estrato azul
“Texto livre” => Registro livre
11. **Item:** Layout de Fluxograma
Local: Fluxograma Cabeça
Ação: Acrescentar ao final de cada estrato um retângulo contendo o dístico “Texto livre” com hiperlink que conduz a tela limpa que permite livre registro realizado por enfermeiro.
Motivo: . Quando em meio digital, agilizar a navegação entre os estratos.
Apesar da liberdade do profissional em classificar livremente, por tratar-se de um protocolo entende-se que o enfermeiro classificador por conta do respaldo legal ofertado pelo protocolo, tem que segui-lo.
12. **Item:** Descritor “Via aérea obstruída”
Local: Todos os fluxogramas
Ação: Alterar descritor para “Vias aérea obstruída (estritor/sialorreia ou ausência de ventilação em 15s)”

	<p>Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.</p>
13.	<p>Item: Descritor “Lesão ocular” Local: Fluxograma Cabeça Ação: Alterar o descritor para “Possível lesão ocular” Motivo: Orientação da Resolução do CFM nº 2.079/14 de que a classificação de risco quando realizada por enfermeiro deverá ser por sintoma e não por diagnóstico médico.</p>
14.	<p>Item: Descritor “Hipoglicemia (< 55mg/dL)” Local: Fluxogramas Alteração de Conduta e Causa Externa Ação: Transferir para Fluxograma Cabeça Motivo: A adequação da proposta de Fluxogramas por Topografia Anatômica exigiu a eliminação dos Descritores Alteração de Conduta e Causa Externa com absorção de seus descritores por outros Fluxogramas com os quais tem relação</p>
15.	<p>Item: Descritor “Hipoglicemia (< 55mg/dL)” Local: Fluxogramas Cabeça Ação: Alterar descritor para “HGT < 55mg/dL (apenas em alteração de conduta)” Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.</p>
16.	<p>Item: Descritor “Respiração muito ruim (FR: ≤ 10 ou ≥ 22 e/ou Sat. O2: <95% (com O2) ou <92% (em AA))” Local: Todos os fluxogramas, prioridade laranja, letra “B”. Ação: Desmembrar o descritor em dois: “FR: ≤ 10 ou ≥ 22” “Sat. O2: <95% (com O2) ou <92% (em AA)” Motivo: Necessidade de objetividade do protocolo.</p>
17.	<p>Item: Descritores “Sangramento controlado com déficit (PAS: ≤ 80mmHg)” e “Circulação muito ruim (PAD ≥ 120mmHg + lesão em órgão alvo e/ou FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm)” Local: Todos os fluxogramas, prioridade laranja, letra “C” Ação: Inverter ordem entre esses dois descritores Motivo: Para ambos é necessário aferir pressão arterial, porém como foco de protocolo é nos atendimentos clínicos, optou-se nessa inversão.</p>
18.	<p>Item: Descritores “Circulação muito ruim (PAD ≥ 120mmHg + lesão em órgão alvo e/ou FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm)” Local: Todos os fluxogramas Ação: Desmembrar os descritores em dois: “PAD ≥ 120mmHg + lesão em órgão alvo” “FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm” Motivo: Necessidade de objetividade do protocolo.</p>

19. **Item:** Descritores “PAD \geq 120mmHg + lesão em órgão alvo” e “ FC: 60 \leq ou \geq 150 bpm”
Local: Todos os fluxogramas
Ação: Inverter ordem entre esses dois descritores.
Motivo: Facilidade e tempo consumido para realizar ambos os procedimentos.
20. **Item:** Descritores “Dor forte (EVA: 8 a 10)”, “Dor média (EVA: 5 a 7) e “Dor fraca (EVA: 1 a 4)”
Local: Todos os fluxogramas, prioridades laranja, amarela, verde e azul, letra “D”.
Ação: Acrescentar o texto “(Associar nota com condição de usuário)” após cada descritor em questão
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
21. **Item:** Descritor “Cefaleia abruta”
Local: Fluxogramas Cabeça
Ação: Alterar descritor para “Dor de cabeça de início há poucos minutos ou que acordou usuário”.
Motivo: Orientação da Resolução do CFM nº 2.079/14 de que a classificação de risco quando realizada por enfermeiro deverá ser por sintoma e não por diagnóstico médico.
O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
22. **Item:** Descritor “Temperatura muito alta (\geq 41C°)”
Local: Todos os fluxogramas, prioridade laranja, letra “E”.
Ação: Alterar descritor para “Temperatura \geq 41C°”
Motivo: Necessidade de objetividade do protocolo.
23. **Item:** Expressões “No que vejo” e “No que ouço”.
Local: Todos os fluxogramas na letra “F” do mnemônico, da prioridades, vermelha, laranja, amarela, verde e azul
Ação: Excluir expressões de todos os fluxogramas.
Motivo: Supressão de informação irrelevante para o objetivo.
24. **Item:** Descritor “Sinais de meningismo”
Local: Fluxogramas Cabeça e Pescoço
Ação: Alterar descritor para “Rigidez e nuca + fotofobia e cefaleia”
Motivo: Orientação da Resolução do CFM nº 2.079/14 de que a classificação de risco quando realizada por enfermeiro deverá ser por sintoma e não por diagnóstico médico.
O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
25. **Item:** Descritor “Erupção”
Local: Todos os fluxogramas, prioridade laranja, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para “Erupção que não empalidece a digitopressão”
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta

- rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
26. **Item:** Descritor “Fratura exposta/TCE”
Local: Fluxograma Cabeça, Alteração de Conduta e Causa Externa, prioridade laranja, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para “Fratura exposta ou sinal de TCE”
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
27. **Item:** Descritor “Exposição a fumaça”
Local: Fluxogramas Cabeça e Tórax, prioridade laranja, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para “Usuário com fuligem em narinas e/ou mãos ou rosto com sujeira de incêndio”
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
28. **Item:** Descritor “Doença cardiovascular e/ou respiratória”
Local: Todos os fluxogramas, prioridade laranja, letra “F”
Ação: Excluir esse descritor em todos os fluxogramas.
Motivo: Possibilidade já abrangida pela letra “C” do mnemônico, demais possibilidades de patologias cardiovasculares e/ou respiratórias resultariam na grande parcela de usuário sendo classificados em laranja, ainda que queixa não se relacionasse a doença em questão pré-existente.
29. **Item:** Descritor “Cetoacidose”
Local: Fluxogramas Alteração de Conduta e Causa Externa
Ação: Alterar descritor para fluxograma Cabeça, prioridade laranja, letra “F”.
Motivo: A adequação da proposta de Fluxogramas por Topografia Anatômica exigiu a eliminação dos Descritores Alteração de Conduta e Causa Externa com absorção de seus descritores por outros Fluxogramas com os quais tem relação.
30. **Item:** Descritor “Cetoacidose”
Local: Fluxogramas Alteração de Conduta e Causa Externa, prioridade laranja, letra “F”.
Ação: Transferir descritor para fluxograma Cabeça, prioridade laranja, letra “F”.
Motivo: A adequação da proposta de Fluxogramas por Topografia Anatômica exigiu a eliminação dos Descritores Alteração de Conduta e Causa Externa com absorção de seus descritores por outros Fluxogramas com os quais tem relação.
31. **Item:** Descritor “Cetoacidose”
Local: Fluxogramas Cabeça, prioridade laranja, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para: “HGT > 200mg/dL + cetoacidose (apenas em alteração de conduta)”
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que

- buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
32. **Item:** Descritor “Limitação instantânea (últimas 12h)”
Local: Todos os fluxogramas, prioridade laranja, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para: “Limitação iniciada nas últimas 12h (qualquer limitação)”.
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
33. **Item:** Descritor “Overdose”
Local: Fluxogramas Alteração de Conduta
Ação: Alterar descritor para fluxograma Cabeça, prioridade laranja, letra “F”.
Motivo: A adequação da proposta de Fluxogramas por Topografia Anatômica exigiu a eliminação dos Descritores Alteração de Conduta e Causa Externa com absorção de seus descritores por outros Fluxogramas com os quais tem relação.
34. **Item:** Descritor “Overdose”
Local: Fluxogramas Cabeça e Tórax, prioridade laranja, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para “Overdose (associar relato de uso/abuso de drogas a sintoma)”
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
35. **Item:** Descritor “Ansiedade intensa”
Local: Fluxogramas Alteração de Conduta e Causa Externa
Ação: Alterar descritor para fluxograma Cabeça, prioridade laranja, letra “F”.
Motivo: A adequação da proposta de Fluxogramas por Topografia Anatômica exigiu a eliminação dos Descritores Alteração de Conduta e Causa Externa com absorção de seus descritores por outros Fluxogramas com os quais tem relação.
36. **Item:** Descritor “Ansiedade intensa”
Local: Fluxogramas Cabeça, Tórax, Abdome e Pelve, prioridade laranja, letra “A”.
Ação: Alterar descritor para “Perturbação (ansiedade intensa + alterações fisiológicas)”
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
37. **Item:** Descritores “Risco Alto”, “Queimadura Elétrica”; “Mortalidade alta” e “Cinemática importante”
Local: Fluxogramas Alteração de Conduta e Causa Externa
Ação: Alterar descritor para “Relato ou confirmação de situação de risco (picada de serpente, ingestão de substância para autoextermínio, histórico de agressão, tentativa de evasão, “gatilho” próximo, escoltado, descarga elétrica, ferimento penetrante, incidente com óbito no local, ejeção de veículo, FAF, queda de nível maior de 1,5 a própria altura do envolvido,

	colisão automobilística acima de 60Km/h).
Motivo:	Unificação de descritores semelhantes.
38. Item:	Descritor para “Relato ou confirmação de situação de risco (picada de serpente, ingestão de substância para autoextermínio, histórico de agressão, tentativa de evasão, “gatilho” próximo, escoltado, descarga elétrica, ferimento penetrante, incidente com óbito no local, ejeção de veículo, FAF, queda de nível maior de 1,5 a própria altura do envolvido, colisão automobilística acima de 60Km/h).
Local:	Fluxogramas Alteração de Conduta e Causa Externa
Ação:	Incluir descritor em todos os fluxogramas, na prioridade laranja, letra “F”.
Motivo:	A adequação da proposta de Fluxogramas por Topografia Anatômica exigiu a eliminação dos Descritores Alteração de Conduta e Causa Externa com absorção de seus descritores por outros Fluxogramas com os quais tem relação.
39. Item:	Descritor “Risco especial de infecção”.
Local:	Fluxogramas Pescoço e Alteração de Conduta.
Ação:	Alterar descritor para “Trabalhador de laboratório ou quem retorna de área endêmica nos últimos 14 dias”
Motivo:	O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
40. Item:	Descritor “Trabalhador de laboratório ou quem retorna de área endêmica nos últimos 14 dias”.
Local:	Fluxogramas Pescoço e Alteração de Conduta.
Ação:	Excluir descritor de fluxograma Alteração de conduta
Motivo:	A adequação da proposta de Fluxogramas por Topografia Anatômica exigiu a eliminação dos Descritores Alteração de Conduta e Causa Externa com absorção de seus descritores por outros Fluxogramas com os quais tem relação.
41. Item:	Descritor “Relato de inconsciência”.
Local:	Todos os fluxogramas, prioridade amarela, letra “F”.
Ação:	Alterar descritor para “Inconsciência relata ou amnésia nas últimas 24h.”
Motivo:	O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
42. Item:	Descritor “Respiração ruim (O2: <95% em ar ambiente)”
Local:	Todos os fluxogramas, prioridade amarela, letra “B”.
Ação:	Alterar descritor para: “ Sat. O2 <95% em ar ambiente”
Motivo:	Necessidade de objetividade do protocolo.
43. Item:	Descritores “Sangramento controlado sem déficit (PAS: >80mmHg)” e “Circulação ruim (PAD ≥ 120mmHg sem lesão em órgão alvo)”
Local:	Todos os fluxogramas, prioridade amarela, letra “C”
Ação:	Inverter ordem entre esses dois descritores

- Motivo:** Para ambos é necessário aferir pressão arterial, porém como foco de protocolo é nos atendimentos clínicos, optou-se nessa inversão.
44. **Item:** Descritores “Circulação ruim (PAD \geq 120mmHg sem lesão em órgão alvo)”
Local: Todos os fluxogramas, prioridade amarela, letra “C”.
Ação: Alterar descritor para: “PAD \geq 120mmHg sem possível AVE/SCA/EAP”.
Motivo: Necessidade de objetividade do protocolo.
45. **Item:** Descritores “Sangramento controlado sem déficit (PAS: $>$ 80mmHg)”
Local: Todos os fluxogramas, prioridade amarela, letra “C”
Ação: Alterar descritor para: “Sangramento controlado com PAS $>$ 80mmHg”.
Motivo: Necessidade de objetividade do protocolo.
46. **Item:** Descritor “Temperatura alta (38,5 – 40,9°C)”
Local: Todos os fluxogramas, prioridade amarela, letra “E”.
Ação: Alterar descritor para “Temperatura entre 38,5 e 40,9°C”
Motivo: Necessidade de objetividade do protocolo.
47. **Item:** Descritor “Fratura”.
Local: Fluxogramas Cabeça, Tórax, Extremidades, Alteração de Conduta e Causa Externa, prioridade amarela, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para “Sinal de fratura fechada”
Motivo: Necessidade de objetividade do protocolo.
48. **Item:** Descritor “Erupção difusa”
Local: Todos os fluxogramas, prioridade amarela, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para “Erupção que empalidece a digitopressão”
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
49. **Item:** Descritor “Doença hematológica e/ou metabólica”
Local: Todos os fluxogramas
Ação: Excluir esse descritor em todos os fluxogramas.
Motivo: As patologias hematológicas e/u metabólicas, a exemplo das cardiovasculares e/ou respiratórias resultariam numa grande parcela de usuário sendo classificados em laranja, ainda que queixa não se relacionasse a doença em questão pré-existente.
50. **Item:** Descritor “Prurido”
Local: Todos os fluxogramas, prioridade amarela, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para “Prurido com sinais”
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
51. **Item:** Descritor “Limitação não instantânea (últimas 12-24h)”
Local: Todos os fluxogramas, prioridade amarela, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para “Limitação iniciada entre as últimas 12 e 24h (qualquer)”

- Motivo:** O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
52. **Item:** Descritor “Relato inconsistente”
Local: Todos os fluxogramas, prioridade amarela, letra “F”
Ação: Alterar descritor para “Relato não justifica quadro (principalmente com vulneráveis)”
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
53. **Item:** Descritor “Viagem”
Local: Todos os fluxogramas, prioridade amarela, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para “Retorno de viagem nos últimos 14 dias”
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
54. **Item:** Descritor “TCE”
Local: Fluxogramas Cabeça e Causa Externa, prioridade amarela, letra “F”.
Ação: Excluir descritor.
Motivo: Descritor já exposto na prioridade laranja.
55. **Item:** Descritor “Ansiedade leve”
Local: Fluxogramas Alteração de Conduta e Causa Externa
Ação: Alterar descritor para fluxograma Cabeça, prioridade amarela, letra “F”.
Motivo: A adequação da proposta de Fluxogramas por Topografia Anatômica exigiu a eliminação dos Descritores Alteração de Conduta e Causa Externa com absorção de seus descritores por outros Fluxogramas com os quais tem relação.
56. **Item:** Descritor “Ansiedade leve”
Local: Fluxogramas Cabeça, Tórax, Abdome e Pelve, prioridade amarela, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para “Alteração de conduta sem alterações fisiológicas”
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
57. **Item:** Descritor “Sinais de embriaguez”
Local: Fluxogramas Alteração de Conduta e Causa Externa
Ação: Alterar descritor para fluxograma Cabeça, prioridade amarela, letra “F”.
Motivo: A adequação da proposta de Fluxogramas por Topografia Anatômica exigiu a eliminação dos Descritores Alteração de Conduta e Causa Externa com absorção de seus descritores por outros Fluxogramas com os quais tem relação.
58. **Item:** Descritor “Sinais de embriaguez”
Local: Fluxogramas Cabeça, prioridade amarela, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para “Embriaguez aparente (aparência, atitude, orientação,

	memória e/ou capacidade motora e/ou verbal)”
	Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
59.	Item: Descritor “Cetoacidose”
	Local: Fluxogramas Alteração de Conduta e Causa Externa, prioridade laranja, letra “F”.
	Ação: Transferir descritor para fluxograma Cabeça, prioridade laranja, letra “F”.
	Motivo: A adequação da proposta de Fluxogramas por Topografia Anatômica exigiu a eliminação dos Descritores Alteração de Conduta e Causa Externa com absorção de seus descritores por outros Fluxogramas com os quais tem relação.
60.	Item: Descritor “Cetoacidose”
	Local: Fluxogramas Cabeça, prioridade laranja, letra “F”.
	Ação: Alterar descritor para: “HGT > 200mg/dL + cetoacidose (apenas em alteração de conduta)”.
	Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
61.	Item: Descritor “Circulação sem risco (PAD: < 120mmHg sintomático)”
	Local: Todos os fluxogramas, prioridade verde, letra “F”.
	Ação: Excluir descritor.
	Motivo: A manutenção de tal descritor, impede o uso de todos os seguintes, pois para progredir é necessário nega-lo e todo usuário terá alguma queixa, ainda que seja para obtenção de uma receita, atestado ou encaminhamento.
62.	Item: Descritor “Temperatura alta (37,5 – 38,4°C)”
	Local: Todos os fluxogramas, prioridade amarela, letra “E”.
	Ação: Alterar descritor para “Temperatura entre 37,5 e 38,4°C”
	Motivo: Necessidade de objetividade do protocolo.
63.	Item: Descritor “Edema ou inflamação local”
	Local: Todos os fluxogramas, prioridade verde, letra “F”.
	Ação: Alterar descritor para “Inflamação local” Edema é um dos sinais cardinais do processo inflamatório.
64.	Item: Descritor “Limitação recente (últimas 24-72h)”
	Local: Todos os fluxogramas, prioridade verde, letra “F”.
	Ação: Alterar descritor para “Limitação iniciada entre as últimas 24 e 72h (qualquer)”
	Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
65.	Item: Descritor “Exame no mesmo plantão”

- Local:** Todos os fluxogramas, prioridade verde, letra “F”.
- Ação:** Alterar descritor para “Retorno com exame em menos de 24h de usuário assintomático e/ou medicado”.
- Motivo:** Delimitação temporal baseou-se no tempo já utilizado nas Unidades da pesquisa.
O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
66. **Item:** Descritor “Sensação de corpo estranho”
- Local:** Fluxograma Cabeça, prioridade verde, letra “F”.
- Ação:** Alterar descritor para “Sensação de corpo estranho (abrange: narinas, olhos, ouvidos)”.
- Motivo:** O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
67. **Item:** Descritores “Agressão”; “Alteração de Comportamento” e “Doença Mental”.
- Local:** Fluxogramas Alteração de Conduta e Causa Externa, prioridade verde, letra “F”.
- Ação:** Transferir para fluxograma Cabeça.
- Motivo:** A adequação da proposta de Fluxogramas por Topografia Anatômica exigiu a eliminação dos Descritores Alteração de Conduta e Causa Externa com absorção de seus descritores por outros Fluxogramas com os quais tem relação.
68. **Item:** Descritores “Alteração de Comportamento”
- Local:** Fluxograma Cabeça, prioridade verde, letra “F”.
- Ação:** Absorvido por descritores “Agressão” e “Doença Mental”.
- Motivo:** Similaridade dos descritores.
69. **Item:** Descritores “Agressão”
- Local:** Fluxograma Cabeça, prioridade verde, letra “F”.
- Ação:** Descritor alterado para: “Agressão (agredido ou agressor com atendimento pregresso por agressão)”.
- Motivo:** O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
70. **Item:** Descritores “Doença mental”
- Local:** Fluxograma Cabeça, prioridade verde, letra “F”.
- Ação:** Descritor alterado para: “Doença mental (usuário assintomático com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento)”.
- Motivo:** O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
71. **Item:** Descritores “Agressão (agredido ou agressor com atendimento pregresso por

	agressão)” e “Doença mental (usuário assintomático com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento)”
	Local: Fluxograma Cabeça, prioridade verde, letra “F”.
	Ação: Incluir descritores em todos fluxogramas, prioridade verde, letra “F”.
	Motivo: Visto que o protocolo é protetivo, tais descritores, em todos os fluxogramas, garantem a esses usuários atendimento na prioridade verde se nenhuma outra prioridade se adequar.
72.	Item: Descritor “Sinais gripais”
	Local: Fluxograma Cabeça, Pescoço, Tórax e Costas, prioridade verde, letra “F”.
	Ação: Excluir descritor.
	Motivo: Situação já abrangida pelo descritor “Inflamação local”.
73.	Item: Descritor “Sinais gripais”
	Local: Fluxograma Cabeça, prioridade azul, letra “F”.
	Ação: Excluir descritor.
	Motivo: Já incluso como prioridade verde.
74.	Item: Descritor “Exame de outro plantão”
	Local: Todos os fluxogramas, prioridade azul, letra “F”.
	Ação: Alterar descritor para: “Retorno com exame de mais de 24h de usuário assintomático e/ou medicado”.
	Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
75.	Item: Descritor “Receita”
	Local: Todos os fluxogramas, prioridade azul, letra “F”.
	Ação: Alterar descritor para: “Solicitação de atestado/encaminhamento/receita”.
	Motivo: A ampliação do descritor visou atender demanda existente nas Unidades. O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
76.	Item: Descritor “Temperatura normal (35,1-37,4°C)”
	Local: Todos os fluxogramas, prioridade azul, letra “F”.
	Ação: Excluir descritor.
	Motivo: Descritor irrelevante e já abrangido pelo descritor “Queixa relata não observada”.
77.	Item: Descritor “Queixa relata não observada”
	Local: Todos os fluxogramas, prioridade azul, letra “F”.
	Ação: Incluir descritor.
	Motivo: Se usuário não enquadrar-se em nenhum outro descritor, será esse o determinante, de tal forma que se garanta a todos o direito de atendimento médico.
78.	Item: Descritor “Precordialgia ou Epigastralgia”
	Local: Fluxogramas Tórax e Extremidades, prioridade laranja, letra “D”.

	<p>Ação: Alterar descritor para: “Precordialgia (qualquer intensidade de dor irradiada do tórax) ou Epigastralgia (dor na “boca do estômago associada a náusea, sudorese e tontura)”</p> <p>Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.</p>
79.	<p>Item: Descritor “Precordialgia (qualquer intensidade de dor irradiada do tórax) ou Epigastralgia (dor na “boca do estômago associada a náusea, sudorese e tontura)”</p> <p>Local: Fluxogramas Tórax e Extremidades, prioridade laranja, letra “D”.</p> <p>Ação: Desmembrar descritor: “Dor retroesternal de qualquer intensidade com ou sem irradiação” e “Dor na “boca do estômago” associada a náusea, sudorese e tontura”.</p> <p>Motivo: Necessidade de objetividade do protocolo.</p>
80.	<p>Item: Descritor “Trauma Torácico”.</p> <p>Local: Fluxograma Tórax , prioridade laranja, letra “F”.</p> <p>Ação: Alterar descritor para: “Trauma torácico com queixa ventilatória”.</p> <p>Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.</p>
81.	<p>Item: Descritor “Irradiada para ombro ou pleurítica”.</p> <p>Local: Fluxograma Tórax , prioridade amarela, letra “D”.</p> <p>Ação: Desmembrar descritor: “Dor torácica atípica com irradiação” e “Dor torácica que intensifica à ventilação”.</p> <p>Motivo: Necessidade de objetividade do protocolo. O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.</p>
82.	<p>Item: Descritor “DPOC sem melhora”.</p> <p>Local: Fluxograma Tórax , prioridade amarela, letra “D”.</p> <p>Ação: Alterar descritor para : “DPOC sem melhora com medicação habitual”.</p> <p>Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.</p>
83.	<p>Item: Descritor “Inalação de fumaça”</p> <p>Local: Fluxogramas Cabeça e Tórax, prioridade amarela, letra “F”.</p> <p>Ação: Alterar descritor para “Inalação de fumaça (ambiente confinado com fumaça na última hora)”.</p> <p>Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.</p>
84.	<p>Item: Descritor “Trauma torácico sem dispneia”.</p> <p>Local: Fluxograma Tórax , prioridade verde, letra “F”.</p> <p>Ação: Subir gravidade de descritor para: prioridade amarela, letra “F”.</p>

- Motivo:** Aproximar gravidade desse descritor ao do Trauma torácico com dispneia.
85. **Item:** Descritor “Abdominal irradiada para dorso ou Epigastralgia”
Local: Fluxograma Abdome , prioridade laranja, letra “D”.
Ação: Desmembrar descritor em: “Dor abdominal irradiada para dorso” e “Dor na “boca do estômago” associada a náusea, sudorese e tontura”
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
86. **Item:** Descritor “Hemorragia digestiva”
Local: Fluxogramas Abdome e Pelve, prioridade laranja, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para : “Relato e/ou registro de hemorragia digestiva”.
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
87. **Item:** Descritor “Trauma abdominal ou em gestante”.
Local: Fluxograma Abdome e Pelve, prioridade laranja, letra “F”.
Ação: Desmembrar descritor em: “Trauma abdominal ocorrido nas últimas 12h” e “Trauma de impacto de queda em gestante ocorrido nas últimas 12h (qualquer)”.
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
88. **Item:** Descritor “Eliminações com sangue”.
Local: Fluxogramas Cabeça, Abdome, Pelve e Costas, prioridade laranja, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para: “Eliminações com sangue (excluído fluxo menstrual”.
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
89. **Item:** Descritor “Trauma abdominal ou em gestante”.
Local: Fluxogramas Abdome e Pelve, prioridade amarela, letra “F”.
Ação: Desmembrar descritor em: “Trauma abdominal ocorrido nas últimas 12 e 24h” e “Trauma de impacto de queda em gestante ocorrido nas últimas 12 e 24h (qualquer)”.
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
90. **Item:** Descritor “Trauma abdominal ou em gestante”.
Local: Fluxogramas Abdome e Pelve, prioridade verde, letra “F”.
Ação: Desmembrar descritor em: “Trauma abdominal ocorrido há mais de 24h” e “Trauma de impacto de queda em gestante ocorrido há mais de 24h (qualquer)”.
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.

91. **Item:** Descritor “Hipoglicemia (HGT < 55mg/dL)”.
Local: Fluxograma Pelve, prioridade vermelha
Ação: Desmembrar descritor em: “HGT < 55mg/dL (apenas em gestante)”.
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
92. **Item:** Descritor “Limitação instantânea (últimas 12h)”.
Local: Fluxograma Pelve, prioridade laranja, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para: “Limitação iniciada nas últimas 12h (qualquer, inclusive gestante com mais de 20s com relato de não sentir bebê, sem limite de tempo)”.
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
93. **Item:** Descritor “Sangramento vaginal em gestante”.
Local: Fluxograma Pelve, prioridade laranja, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para: “Sangramento vaginal com IG > que 20s”.
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
94. **Item:** Descritor “Celulite em escroto”.
Local: Fluxograma Pelve, prioridade laranja, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para: “Virilha e/ou escroto enegrecida e/ou como se queimada”.
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
95. **Item:** Descritor “Relação sexual desprotegida até 72h”.
Local: Fluxograma Pelve, prioridade amarela, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para: “Relação sexual consentida e desprotegida nas últimas 72h (PEP)”.
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
96. **Item:** Descritor “Relação sexual desprotegida mais de 72h”.
Local: Fluxograma Pelve, prioridade verde, letra “F”.
Ação: Alterar descritor para: “Relação sexual consentida e desprotegida há mais de 72h”.
Motivo: O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
97. **Item:** Descritor “Corrimento uretral e/ou anal”.
Local: Fluxograma Pelve, prioridade verde, letra “F”.

- Ação:** Alterar descritor para: “Corrimento (genital e/ou anal)”.
- Motivo:** O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
98. **Item:** Descritores “Inflamação local” e “Corrimento (genital e/ou anal)”.
- Local:** Fluxograma Pelve, prioridade verde, letra “F”.
- Ação:** Aglutinar descritores em: “Inflamação local (inclui corrimento genital e/ou anal)”.
- Motivo:** O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
99. **Item:** Descritor “Alteração de ciclo menstrual”.
- Local:** Fluxograma Pelve, prioridade verde, letra “F”.
- Ação:** Incluir descritor em Fluxograma Pelve, prioridade verde, letra “F”.
- Motivo:** Suprir demanda observada na vivência.
100. **Item:** Descritor “Abdominal irradiada para as costas”.
- Local:** Fluxograma Costas, prioridade laranja, letra “F”.
- Ação:** Excluir descritor.
- Motivo:** Possibilidade abrangida por descritor idêntico em fluxograma Abdome.
101. **Item:** Descritor “Trauma nas costas”.
- Local:** Fluxograma Costas, prioridade verde, letra “F”.
- Ação:** Alterar descritor para: “Trauma nas costas com dispneia ocorrido nas últimas 12h”.
- Motivo:** O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
102. **Item:** Descritor “Trauma nas costas sem dispneia”.
- Local:** Fluxograma Costas, prioridade amarela, letra “F”.
- Ação:** Alterar descritor para: “Trauma nas costas sem dispneia ocorrido nas últimas 12 e 24h”.
- Motivo:** O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que buscar tal informação na lista explicativa de descritores.
103. **Item:** Descritor “Inalação de fumaça”.
- Local:** Fluxograma Costas, prioridade amarela, letra “F”.
- Ação:** Excluir descritor.
- Motivo:** Situação já abordada nos fluxogramas Cabeça e Tórax.
104. **Item:** Descritor “Precordialgia ou Epigastralgia”.
- Local:** Fluxograma Extremidades, prioridade amarela, letra “F”.
- Ação:** Alterar descritor para: “Dor em MMSS irradiada de tórax (qualquer intensidade)”.
- Motivo:** O acréscimo de informação explicativa ou limitativa ao descritor orienta rapidamente o enfermeiro quanto ao uso desse, principalmente se tiver que

buscar tal informação na lista explicativa de descritores.

105. **Item:** Fluxogramas Alteração de Conduta e Causa Externa.
Local: Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco por Topografia Anatômica.
Ação: Excluir Fluxogramas.
Motivo: A adequação da proposta de Fluxogramas por Topografia Anatômica exigiu a eliminação dos Descritores Alteração de Conduta e Causa Externa com absorção de seus descritores por outros Fluxogramas com os quais tem relação.

Fonte: Elaborado pelo autor deste trabalho (2019).

4.5.2 Sugestão atendida parcialmente

Como bem destacado pela maioria dos participantes da pesquisa, uma das características de um Protocolo de Classificação de risco é justamente minimizar as discrepâncias advindas da subjetividade de interpretações individuais, portanto a solicitação de permitir alteração do texto final da classificação, estão em dissonância do que fundamentou essa pesquisa.

Deixar o sistema, ou até mesmo o protocolo, meio editável, como eu havia comentado contigo antes. Talvez para a gente acrescentar mais informações no final, ou retirar (E13).

Que eu acho que classificação de risco, lógico, a gente deve seguir o que o protocolo manda, mas em algumas situações eu acho que tem que ter um espaço para a gente ter o nosso ponto de vista (E15).

Para atender parcialmente tal sugestão, procedeu-se da seguinte forma, o enfermeiro escolhe o fluxograma mais apropriado, percorre os descritores até encontrar o primeiro confirmado ou não negado, obtém-se a classificação do usuário, na sequência abre-se campo denominado “Complementação” para que profissional possa incluir informações que considerar relevantes, conforme Figura 21.

Figura 16 - Classificação final

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 1 a 4 o que parece condizer com situação

Prioridade: Verde

Complementação: relata que dor é em toda cabeça e iniciou há 3 dias, com melhora após automedicar-se com analgésico simples

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

4.5.3 Sugestões de melhoria dependentes da SMS

A seguir constam as sugestões levantadas, mas que para implementação dependem da Secretaria.

- Manter aberto a sugestões após implantado

A sugestão para isso eu acho que é continuar o trabalho. O protocolo foi uma coisa que a gente sempre questionou aqui no nosso trabalho, desde que eu estou aqui, os POPs, os protocolos de atendimento, acho que é muito importante (E1).

Que não venha tão fechado que não se consiga sempre estar conversando, modificando porque o que é hoje, daqui a pouco, tem outras alterações que podem sempre acrescentar, complementar (E16).

- Inclusão de protocolos de enfermagem da rede da PMF

A utilização dos protocolos de enfermagem, também caberia, em alguns aspectos, aqui, a equipe teria que ser capacitada, tanto enfermeiros quanto técnicos, também médicos, para entender o processo, [...] Por exemplo tratar uma candidíase, uma coisa simples, ocorrência de corrimento, uma IST, como uretrite, que acaba aparecendo aqui. Isso tem nos protocolos de enfermagem. Isso é uma das coisas que eu vejo que acontece bastante aqui e poderia, se tivesse espaço, para avaliar, porque sem avaliação é difícil. Tem-se que ter pelo menos uma maca para avaliar, um espaço. E nas salas que dispomos para fazer isso não tem como. No momento eu não vejo como fazer isso. Não vejo se seria interessante (E7).

Mas também não sei se seria para a gente da UPA, mas os protocolos que a gente usa na rede, eu acho interessante a gente criar aqui. Não sei se num momento agora, mas a médio e longo prazo uma equipe mais aumentada, de repente com terceiro enfermeiro ou alguma coisa assim, eu acho que também valeria a pena agente usar esses protocolos aqui (E10).

- Inserir dentro do prontuário eletrônico do usuário para teste

Ele estando dentro, fazendo parte do sistema, será mais fácil de usar do que como a gente está usando hoje, nessa experiência que está sendo feita, eu acho que dificulta um pouco a questão do tempo de uso dele. Acho que, se ele fosse dentro do sistema, seria mais rápido e mais fácil de usar. Agora eu estou consultando ali, mas dentro do sistema acho que seria mais fácil de usar (E9).

Eu acho que é bem interessante essa questão de ele estar dentro do prontuário mesmo. Isso facilitara para a gente, do que só ter um material impresso. É muito mais fácil estar ali dentro do prontuário, clicares e classificar o paciente (E14).

- Treinamento

Eu acho que quando, se houvesse implementação tanto desse protocolo ou de qualquer outro, eu acho importante não ter um treinamento tão detalhado, mas um conhecimento de todo mundo como um acolhimento. Falava-se em disponibilizar o protocolo a Atenção Primária ou trazer essas pessoas para fazer plantões aqui para conhecimento.

- Layout do protocolo

Particularmente eu acho que fica muito bom uma página inteira. Assim como está, se conseguir visualizar tudo. De repente clicar do lado e já ser classificado daquela cor (E11).

- Fazer exercício antes de implantar

A gente fez e deu certo e esse trabalho de fazer estudo de caso junto é extremamente importante lá porque a gente fez quando teve aquele treinamento com XXXX e lá a gente fez os exerciciozinhos (E17).

- Atendimento prioritário dentro das prioridades

E a questão do atendimento prioritário, teria alguma coisa? Porque tem feito falta, às vezes o paciente é um verde e tem uma queixa, mas Ah mas ele tem 82 anos, não é justo (E11).

4.6 MANUSCRITO

POTENCIALIDADES, FRAGILIDADES E SUGESTÕES ACERCA DE UM PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

RESUMO

Objetivo: identificar, junto aos enfermeiros, os aspectos positivos e as fragilidades de um protocolo de acolhimento com classificação de risco e analisar as sugestões apontadas para sua melhor adequação. **Método** Pesquisa Convergente Assistencial realizada com 19 enfermeiros de duas Unidades de Pronto Atendimento de uma cidade da Região Sul do Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, e analisados por meio da análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** como aspectos positivos os enfermeiros relataram a padronização no atendimento, o entendimento do usuário sobre os critérios de classificação e a segurança proporcionada tanto aos profissionais quanto aos usuários, entre outros. Dentre as fragilidades apontaram o engessamento do enfermeiro classificador; a subjetividade das informações fornecidas pelos usuários. Como sugestões para melhor adequação ao serviço, sugeriram a inclusão de protocolos de enfermagem da prefeitura; a inserção do protocolo dentro do prontuário eletrônico do usuário; campos editáveis para reduzir o engessamento do classificador; e melhoria do layout. **Conclusão:** da análise dos dados emergiram quatro categorias: aspectos positivos relacionados aos enfermeiros; aspectos positivos relacionados aos usuários; fragilidades na implantação da proposta e sugestões para melhorar o protocolo avaliado. As vantagens relacionadas ao profissional foi a categoria com menor divergência, talvez devido vivência dos entrevistados, sendo agrupadas: Padronização; Segurança; Justiça; Qualificação e Organização. Já para o usuário surgiram 22 benefícios, com destaque para segurança ao determinar atendimento segundo necessidade clínica e não ordem de chegada a Unidade. Dentre as fragilidades afluíram: engessamento do classificador; subjetividade da dor informada; tempo para uso e

adaptações. Das sugestões para melhorar, 105 foram implementadas no projeto final. A não contemplação de algumas ocorreu por serem contra o objetivo do protocolo que é minimizar as discrepâncias advindas da subjetividade de interpretações individuais ou por serem dependentes da Secretaria Municipal como: manter aberto a sugestões após implantação; inclusão de protocolos de enfermagem municipais e treinamento dentre outras.

Descritores: Acolhimento com Classificação de Risco. Protocolo. Unidades de Pronto Atendimento. Serviço Médico de Emergência.

INTRODUÇÃO

Acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde, que visa o comprometimento em atender a demanda de outrem, sem vinculação a local ou pessoa específica (SILVA *et al*, 2018), por meio de um processo de comunicação que permita àquele que procurou auxílio sentir-se incluído no processo (HOLANDA, MARRA & CUNHA, 2014).

Já Classificação ou Avaliação de risco é uma estratégia que surgiu para garantir a equidade nas emergências frente a superlotação, ou seja, é a mudança de paradigma do atendimento por ordem de chegada para aquele que quanto maior for grau de sofrimento, agravo a saúde ou potencial de risco, mais breve será o atendimento pelo médico, tendo como base para avaliação clínica as evidências científicas (SACOMAN *et al*, 2019).

Da aglutinação desses dois conceitos resulta o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), que não são sinônimos e muito menos excludentes, são o resultado do comprometimento da instituição e do profissional de saúde em garantir a todos que procuram os serviços de saúde, uma escuta qualificada e a resolutividade dos problemas de saúde por meio de protocolos instituídos, priorizando aqueles que necessitam de atendimento mais rápido por motivo de sofrimento físico e/ou mental.

Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde nos hospitais, em 2001 o Governo Federal priorizou o processo de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e no ano seguinte nos sistemas estaduais de urgência e emergência. A partir deles surgiu o Acolhimento com Classificação de Risco e as Unidades de Pronto Atendimento - 24 horas (UPA-24h) (BRASIL, 2017).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), segundo Konder e O'Dwyer (2016) apresentam dificuldade com a retaguarda hospitalar bem como com a retaguarda à Atenção Primária de Saúde, visto que, predominantemente, as UPA têm se ocupado em atender casos

de baixo risco, os quais teriam melhor resolubilidade nos Centros de Saúde. A morosidade de atendimento nos Centros de Saúde faz com que a população opte pelo atendimento na UPA.

Para que uma UPA 24 horas seja considerada em efetivo funcionamento, dentre as competências é necessário: funcionar ininterruptamente durante todo ano com equipe multidisciplinar, conforme porte da Unidade; acolher a todos que procuram atendimento; realizar o Acolhimento com Classificação de Risco em local que garanta o sigilo; articular-se como retaguarda às Unidades Básicas de Saúde, com o serviço móvel de atendimento pré-hospitalar e com os hospitais de apoio, quando necessário; manter usuários em observação por até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica e, se necessário, transferi-lo para unidades hospitalares específicas (BRASIL, 2017).

Até final do ano de 2014 o financiamento para construção ou ampliação era o que ditava a classificação da UPA em porte I, II e III, conforme a população da área de abrangência; o número mínimo de leitos de observação e também de emergência. A partir desta data passou a ter oito níveis, e o que diferencia cada estrato é o total de médicos registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), para Unidade nova ou ampliada (BRASIL, 2017).

Weykamp et al (2015), em pesquisa realizada sobre Acolhimento com Classificação de Risco com enfermeiros que trabalham em unidades de emergências, concluíram que há profissionais que apenas classificam àqueles que procuram atendimento, mas que não os acolhe, o que gera um atendimento fragmentado, no qual o acolher é restrito ao momento da classificação de risco, o que pode tornar hostil a relação enfermeiro/usuário.

Ressalta-se que a PNH do SUS recomenda que o Acolhimento não deva ser confinado a um ambiente ou tão pouco a uma pessoa, mas deva perdurar por todo momento do serviço de saúde e, por ser uma postura ética, implica a todos acolher com responsabilidade, e, principalmente, resolubilidade (BRASIL, 2009).

Para avaliar o risco e vulnerabilidade a que o usuário está exposto, o profissional de saúde não pode se pautar unicamente pelo que ele relata no momento que procura atendimento. Deve considerar também o local de inserção dessa pessoa na sociedade, bem como sua rede social de apoio, pois o sofrimento não é apenas físico, mas também psíquico (BRASIL, 2009).

A população que procura os serviços de emergência, em geral, desconhece os critérios de priorização, entendendo que o atendimento médico deve ser conforme a ordem na fila. Isso acarreta conflitos entre o classificador e o usuário, especialmente naqueles classificados com baixa prioridade (CAMPOS; SOUZA, 2014).

A elaboração de um documento organizativo de fluxo de atendimento nas emergências pode surgir de outros disponíveis na literatura. No entanto, deve sempre considerar as particularidades de cada serviço, bem como as especificidades locais (BRASIL, 2009). Daí a importância de um ACCR pautado em um protocolo que garanta segurança ao profissional e ao usuário, mas que seja adequado à realidade e ao contexto de aplicação.

No município estudado, as UPAs não possuem um protocolo de ACCR que padronize o atendimento, ofereça segurança ao profissional e ao usuário, e garanta um atendimento com tempo-resposta e procedimentos adequados à eficiência do serviço.

Considerando o exposto, o estudo teve como objetivos identificar, junto aos enfermeiros, os aspectos positivos e as fragilidades de um protocolo de acolhimento com classificação de risco e analisar as sugestões para sua melhor adequação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). (TRENTINI, PAIM e SILVA, 2017).

De acordo com Trentini, Paim e Silva (2014) a PCA compreende quatro fases: Concepção; Instrumentação, Perscrutação e Análise. A fase de concepção compreende a justificativa, problema de pesquisa, objetivos e a sustentação teórica da pesquisa, já apresentadas na introdução desse artigo. Na Fase de Instrumentação ocorre a descrição dos procedimentos de coleta de dados, dentre eles o local do estudo, os participantes e os métodos de coleta de dados.

A pesquisa ocorreu em duas UPAs (A e B), porte III, localizadas em uma cidade da Região Sul do Brasil. Os dados foram coletados no período de 30/10 a 12/11 de 2019 após a autorização do Comitê de Ética, parecer N° 3.232.489. O pesquisador participou das ações relacionadas à pesquisa, concomitante às atividades assistenciais como enfermeiro, lotado na UPA A.

Participaram da pesquisa os enfermeiros das UPAs A e B. Adotou-se como critério de inclusão ser enfermeiro de uma das Unidades selecionadas, independentemente do tipo de vínculo empregatício, que atuassem no período de coleta de dados como enfermeiros assistenciais e que tivessem no mínimo seis meses de experiência de atendimento na UPA – desconsiderando o número de plantões que tivessem realizado. A escolha por esses participantes se justifica por serem os profissionais que classificam o grau de risco dos usuários atendidos nas UPAs conforme o que preconiza a legislação. Como critério de

exclusão, adotou-se aqueles que tivessem menos de seis meses de experiência em ACCR em alguma Unidade de emergência.

Os enfermeiros dos turnos diurno e noturno foram convidados pessoalmente a participar do estudo e, neste momento, foram orientados sobre os objetivos e o procedimento para a realização da pesquisa, bem como sobre a importância da participação e a assinatura do TCLE.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada com o objetivo de validar o protocolo com os enfermeiros das UPAs, identificando vantagens no uso, fragilidades da proposta e melhorias para o protocolo, tornando assim o modelo o mais adequado possível para uso nas unidades. As discussões com cada enfermeiro possibilitaram esclarecer e obter maiores informações sobre a importância do protocolo ACCR tanto para profissionais como para usuários, bem como analisar a aplicação da referida proposta.

Na terceira fase da PCA – fase de perscrutação, são descritos como os instrumentos de coleta de dados foram utilizados.

A pesquisa se iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, parecer nº 3.232.489 e após a Secretaria Municipal de Saúde fornecer a autorização da pesquisa.

O protocolo de ACCR proposto foi fornecido para as duas Unidades. O pesquisador visitou todos os plantões, entregando o protocolo e explicando seu funcionamento. Além da versão digital, foi entregue uma versão impressa, e o profissional pôde escolher a forma que lhe fosse mais conveniente. Após pelo menos dois plantões, o que variou de três a seis dias, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas durante as madrugadas e início das manhãs, por serem os horários de menor movimento nas Unidades. Duraram, em média, 25 minutos e foram guiadas por um roteiro com perguntas relacionadas ao perfil dos participantes e questões relacionadas aos aspectos positivos e as fragilidades de um protocolo de acolhimento com classificação de risco, além de sugestões para sua melhor adequação. Após, os participantes, mediante assinatura, validaram as transcrições sem contestação.

Procedeu-se a análise do conteúdo (MINAYO, 2014) do qual emergiram as seguintes categorias:

- a) aspectos positivos da proposta de protocolo de ACCR relacionados aos enfermeiros;
- b) aspectos positivos da proposta de protocolo de ACCR relacionados aos usuários;
- c) fragilidades na implantação de um protocolo de ACCR;
- d) sugestões para melhorar a proposta de um protocolo de ACCR.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa 19 profissionais, sendo 17 do sexo feminino, resultado já esperado, visto que a equipe de enfermagem é, historicamente, composta majoritariamente por mulheres, que constituem também maior contingente de profissionais que atuam em instituições hospitalares.. Os participantes, pessoas jovens, com idade média de 39,3 anos e 15,8 anos de graduados, com início na vida acadêmica por volta dos 23,5 anos, a maioria em instituições públicas. O nível acadêmico é alto quando comparado a exigência para admissão no serviço. Todos possuem ao menos uma pós graduação seja lato sensu ou stricto sensu, além de alguns terem outra graduação além de enfermagem.

Cinco dos participantes estão lotados na UPA A nove na UPA B, e cinco em diferentes Centros de Saúde, mas realizam hora plantão nas UPAs para fechar escala dessas Unidades. Quatro profissionais têm vínculo com a Prefeitura, de quarenta horas semanais, e os demais, de trinta horas por determinação judicial.

Um ponto a ser salientado é o tempo em que os entrevistados lotados nas UPAs, realizam plantões nessas Unidades, em média são 9,10 anos, com variação de 11 a 6 anos, ou seja, estão lotados nas UPAs, quase desde a fundação das Unidades. A informação prestada por todos os participantes é importante, porém a esses pressupõe-se uma avaliação mais crítica e madura ao apontamento de fragilidades e potencialidades, isso por conta que esse tempo correspondente à sua participação em praticamente em todo o período de implantação das rotinas da Unidade, incluindo o ACCR.

Os entrevistados, em média, auto atribuíram-se quatro funções/atividades na UPA, três citaram Acolhimento e Classificação de Risco; quatro Acolhimento e dez Classificação de Risco, sendo que desse último grupo, quatro informaram apenas essa função. Onze veem-se como supervisor, sendo seis restritos à enfermagem e cinco gerais da Unidade. Nove percebem-se realizando atividades burocráticas, como conferência de quantitativos de medicamentos ou de carro de emergência, e registrando a presença de cada plantonista. Oito citam procedimentos práticos privativos do enfermeiro como assistência ao usuário grave, sondagem, gasometria, lavagem gástrica e curativos complexos, desses dois também relacionaram execução de procedimentos simples como preparação e administração de medicação rotineira.

Aspectos positivos da proposta de protocolo de ACCR

Os enfermeiros citaram aspectos positivos ou potencialidades relacionadas aos profissionais e aos usuários.

Aspectos positivos relacionados aos enfermeiros

Os profissionais deram destaque à importância ao uso do protocolo para a não divergência dos enfermeiros ao realizarem a classificação de risco.

[...] entendo que o protocolo melhora a qualidade da assistência, porque está todo mundo falando a mesma coisa. Já aconteceu, em uma situação envolvendo gêmeos com problemas semelhantes de saúde [...] eu classifiquei um em azul e a colega classificou o outro em verde. No meu entendimento era uma queixa bem de azul, não era nada urgente. Então acho que o protocolo ajuda a alinhar isso, dar qualidade ao serviço, falar a mesma língua, agilizar os processos e trazer segurança para o paciente, para o profissional e para a própria instituição. Traz também esse caráter de seriedade com o trabalho. Eu acho muito importante (E01).

Para Oliveira et al (2017) A equipe de enfermagem das UPAs relatou que a ausência de padronização no atendimento pode provocar problemas relacionados à segurança do usuário, desperdício de materiais e conflitos na equipe.

Conforme Inoue (2015), é necessária avaliação contínua deste sistema para estabelecer discussões e ações que ajudem a melhorar o atendimento em serviços de emergência.

Segundo Roncalli (2017) o princípio da equidade nas emergências conduz a prática de classificação de pessoas que necessitam de atendimento imediato devido potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. O ACCR traz benefícios tanto a segurança do profissional que utiliza quanto para o usuário que recebe um atendimento humanizado

Eu acho que é importante existir o protocolo. [...] que todos nós tenhamos a mesma conduta diante daquela situação porque senão acontece aquilo que a gente estava conversando ali antes, um faz de um jeito, outro faz de outro, enfim, não alinha (E02).

[...] Para ela, febre não é amarelo e para a situação que a médica estava colocando, era. Até para definir realmente o que é uma classificação de risco amarela e uma classificação de risco verde. Eu acho que é bem importante (E03).

É importante porque todos os profissionais vão classificar da mesma forma, não vai ter um classificando em azul o mesmo paciente que o outro classificaria em verde, ou vermelho, ou amarelo (E04).

[...] caso aconteça alguma coisa, “tu ter” essa fundamentação, sabe, uma justificativa, não assim da nossa cabeça, ‘não, eu acho que ela era verde porque, mas ele podia ser amarelo também, mas assim, ah’ sabe, fica aquela coisa muito no achismo e no subjetivo (E05).

Segundo Oliveira et al (2017) os profissionais apontaram a falta de preparação durante a graduação para atuar em Unidades de Pronto Atendimento, o que justificaria o desconhecimento da função dessas Unidades

É importante porque todos os enfermeiros vão usar a mesma linguagem, porque, hoje em dia, a gente tem noção do que é amarelo, verde e azul, mas dentre essas cores a gente ainda tem uma forma de falar que não é 100% objetiva (E06).

Eu acho fundamental porque uma das dificuldades que eu encontro, e vejo aqui também, é a diferença na forma de classificar, entre os profissionais, e eu gosto de saber, eu gosto de ter uma certeza que eu estou classificando da forma correta, não no achismo (E07).

[...] sai daquela questão da informalidade e daquela questão de o profissional ter o direito de decidir como ele vai atender e aí, justamente, a gente tem uma chance maior de diminuir o que a gente passa [...] de tal “botar” todo mundo no amarelo, fulano de tal “botar” todo mundo verde. [...] Porque, hoje, o que a gente tem é muito uma questão pessoal de você ter autonomia de classificar num determinado índice de urgência, eu em outra, o outro colega em outra. E assim vai (E08).

Para Oliveira et al (2017) um protocolo de ACCR implantado não é um aval para acomodação do classificador. Pelo contrário, ele necessita aprimorar continuamente os seus conhecimentos e habilidades para garantir que a classificação seja eficiente e eficaz, e, dessa forma, garantir segurança tanto ao usuário quanto ao profissional (CAMPOS et al, 2020).

Homogeneizar o tipo de classificação (E10).

Positivo porque tu tem uma clareza do que tu vai atender, porque tem muitos atendimentos, principalmente de classificação de verde, que às vezes tu fica na dúvida, algumas de dor no peito então, se tu tem protocolo, tu não vai ter aquela dúvida naquele momento e todo mundo vai estar usando a mesma palavra [...] Às vezes a gente não usa o mesmo protocolo (E11).

Eu acho que é extremamente importante para quem faz classificação de risco porque a gente vai ter um parâmetro para usar. Todos vão usar o mesmo parâmetro. A coisa vai ficar muito mais organizada, no meu ponto de vista, muito mais organizado e muito mais seguro fazer (E12).

[...] Até para respaldar os nossos encaminhamentos a nível de processo, tudo, e para a gente também ter uma rotina, assim, para os enfermeiros. Uma padronização, no caso (E14).

[...] Fundamental, eu diria. Porque assim cada um faz do seu jeito, não existe algo justo. É injusto porque ele segue uma linha de pensamento próprio. Um feeling próprio. Na realidade a gente em que ter o feeling, faz parte, mas é muito interpretação pessoal (E15).

Eu acho que a partir do momento em que tem um protocolo está mais respaldado dentro do serviço, até perante teus colegas que, tanto médico quanto os demais colegas, que “tu vai” seguir uma linha padrão (E16).

Roncalli et al (2017a) concluíram em suas pesquisas que o enfermeiro classificador de risco em UPA vivencia diariamente uma experiência de sobrecarga de trabalho decorrente da elevada demanda, e pelo reduzido tempo para classificar o usuário, o que pode resultar em limites para a atenção ofertada por esses profissionais. Por esse motivo, o protocolo de ACCR é necessário para garantir os direitos de cidadania e trabalho. Nesse gap entre usuários e profissionais existe o direito de humanização no ambiente de atenção às urgências e emergências.

[...] hoje eu vejo muita discrepância de classificação. Às vezes, a meu ver, um paciente é verde e o colega classifica em amarelo [...]. Então eu acho que organiza a demanda, organiza o atendimento dos próprios colegas, dos enfermeiros (E17).
[...] Eu acho sim porque, assim, vai, tipo, uniformizar de uma maneira (E19).

Aspectos positivos relacionados aos usuários

Os enfermeiros entendem que o ACCR traz aos usuários segurança quando determina, com base científica, que o atendimento não é por ordem de chegada, mas sim por necessidade clínica. Alertam também que o usuário tem papel decisivo no tempo de espera pelo atendimento médico; ao desconsiderar os Centros de Saúde como locais corretos para atendimento dos quadros não emergenciais, eles sobrecarregam a UPA.

Eu acho que é importante ter e é importante também você explicar para o paciente qual foi a classificação dele (E03).

Rates, Alves e Cavalcante (2016), afirmam que a principal finalidade do Acolhimento consiste em priorizar o usuário de alto risco clínico, além de orientar toda pessoa que passa pela ACCR e verificar exames clínicos

Acho que para o paciente, principalmente, ele que vai ser o maior beneficiado, eu acredito, que aí ele vai entender [...] eles já entendem que na UPA realmente não é por ordem de chegada, eles sabem que tem uma ordem de classificação, que dependendo do que ele tiver ele tem que esperar [...] e ele saber que aqui vai ser atendido os pacientes mais graves, ele evite de vir nos casos menos graves, para procurar o posto, procurar outro serviço (E05).

Para Oliveira et al (2017) os usuários percebem que o ACCR pode tornar o atendimento dos usuários graves mais ágil, além de prever o tempo em que serão atendidos pelo médico. Segundo Mackway-Jones, Marsden e Windle (2018) a brevidade no atendimento e grau de necessidade são fatores indissociáveis e inversamente proporcionais à possibilidade de estabilização do risco ou quadro agudo apresentado pelo usuário.

Para Roncalli et al (2017b) o elevado número de usuários que utilizam a UPA como porta de entrada no sistema por casos não emergenciais justifica-se, pelo menos em parte, pelo desconhecimento de quando procurar atendimento na UPA ou no Centro de Saúde; bem como pela ineficiência do sistema de referência e contrarreferência e baixa resolubilidade da Atenção Primária à Saúde

Para o usuário também é importante [...] que ele saiba qual é a classificação, por que aquela e não outra [...] O usuário saberá qual é a classificação dele, o tempo que vai demorar para ser atendido e poderá ser orientado a retornar para nova classificação se sentir qualquer desconforto ou alguma alteração. Eu acho que é importante sim para os usuários até para educar a procurar um serviço de emergência quando realmente for necessário, pois algumas queixas que poderiam ser atendidas num centro de saúde (E07).

Gonçalves, Bierhals e Paskulin (2015) observaram que aqueles que são priorizados em categorias que lhes garantam atendimento médico rápido veem o ACCR com bons olhos, porém aqueles com baixa prioridade e que aguardaram por mais tempo avaliam negativamente o processo.

Oliveira et al (2017) corroboram ao afirmar que o usuário aceita que conforme o protocolo de ACCR os casos mais graves sejam atendidos antes, o que demonstra haver um momento de legitimação social no que tange o ordenamento da assistência de acordo com o risco e não mais com horário de chegada, apesar de, às vezes, haver certa insatisfação do usuário com relação a classificação – decorrente da discordância entre o risco definido pelo classificador daquele autodeterminado. Tal atitude tende a evitar a superlotação nos serviços de emergência à medida que atende prioritariamente casos mais graves com maior efetividade (OLIVEIRA et al, 2017).

[...] Então ele sabe que, se ele vier com uma dor de cabeça, com uma pressão alta, ele vai ser classificado em uma determinada cor. Se ele vier de novo com os mesmos sintomas, ele vai de novo para aquela cor, se tiver um protocolo (E17).

Para Hermida *et al*, (2019) sobre a responsividade do acolhimento com classificação de risco em uma Unidade de Pronto Atendimento, concluíram que o domínio dignidade, que trata do respeito pelas pessoas, foi o melhor avaliado. No quesito agilidade, porém, que engloba o tempo de espera para ACCR, receber informação sobre tempo de espera, tempo para ser chamado pelo médico e por fim tempo para receber medicação foi o item de pior avaliação. Portanto, os dados evidenciaram, além de necessidade de melhorias na infraestrutura do serviço, necessidade de aperfeiçoamento na orientação do usuário acerca do tempo de espera para o atendimento médico.

Ressaltam também que o ACCR proporciona proteção ao usuário, pois ao classificá-lo de maneira correta, os procedimentos e o tempo serão adequados para garantir um atendimento seguro e eficiente.

[...] Porque se eu quero atender da minha forma e tu da outra, pode ser que eu não ... eu “acho” que ele pode esperar e aí atrasar um atendimento que deveria ser mais ágil (E02).

[...] ele vai ter a garantia de que, muito provavelmente, vai estar sendo classificado dentro do seu índice de gravidade real e correto, o que, às vezes, não acontece hoje porque a gente pode ter tanto uma elevação no âmbito mais positivo do que no âmbito também negativo. [...] Eu acho que, se tiver um protocolo, de certa forma, também protege o paciente. Principalmente aquele que não chega reclamando (E08).

[...] Acho que isso influencia na questão de como o próprio nome diz: classificação de risco, para diminuir o risco do paciente agravar dentro da nossa sala de espera (E09).

Com certeza, principalmente para o que chega com mais necessidade, porque, às vezes, o que tem mais necessidade não é aquele que chega gritando, que chega ensanguentado (E11).

Muito mais seguro para o paciente (E12).

[...] aqueles pacientes que precisam ser atendidos com uma certa emergência ali, enfim, com uma certa urgência, vão ser atendidos antes (E13).

[...] Porque para mim o que é um paciente grave, de repente, para o colega não é tão grave assim. Mas é. (E19).

Além desses pontos positivos, outros também foram citados, porém com menor frequência, quais sejam seguintes: Adequação da equipe médica a nova dinâmica; Atualização frequente; Capacitação de servidores; Encaminhamentos; Equidade; Formato digital disponível da proposta; Inovação; Justiça; Levantar as demandas; Método mnemônico ABCDEF; Organização; Parâmetro para sinais vitais expostos; Posição anatômica; Possibilidade de ir e vir dentro do fluxograma; Possibilidade de melhoria constante; Priorizar o real; Qualidade do atendimento; Ser colocado dentro do Celk; Ser útil; Sonho antigo; Ter ciência do nível de priorização e do tempo para ser atendido.

Fragilidades na implantação de um protocolo de ACCR

Ao serem questionados sobre as fragilidades da proposta, os participantes apontaram sugestões pulverizadas. Entre elas está o fato de que o protocolo pode gerar engessamento do enfermeiro classificador, tirando a autonomia de atendimento.

Sobre fragilidades eu acho que talvez tenha que ver alguns pontos dessa questão que talvez possa engessar o profissional, ou que possa completar alguns furos que ainda tem (E01).

A única coisa que eu acho de desvantagem é o engessamento. Às vezes, ele pode engessar o nosso trabalho (E10).

Outro ponto destacado foi a subjetividade da dor informada pelo usuário. Diversos enfermeiros relataram não questionar o usuário sobre sua escala de dor.

[...] eu não tenho coragem de perguntar, para nenhum paciente, que dor ele está sentindo porque eu acredito que ele dirá sempre que está com 10. Porque, a população, ela não está preparada para ser sincera em relação a esse item. Pode ser que eu esteja errada, mas é um pré-julgamento meu (E05).

Eu acho que a dor, ela é muito subjetiva. Tu classificar uma dor é muito difícil, ainda mais num serviço de emergência frágil como o nosso (E17).

Para Oliveira et al (2017), a classificação de risco é baseada em critérios clínicos previamente estabelecidos, porém a necessidade de cada usuário é individual, portanto com percepções ímpares em torno de uma subjetividade, principalmente a dor, de modo que é muito difícil para o avaliador analisar corretamente e com segurança esse quesito. Uma das formas de tentar minimizar esse problema é utilizar escalas de dor, que podem ser mensuradas através de números, figuras ou palavras.

Roncalli et al (2017a) apontam que a dor relatada pelo usuário é tão importante que é considerada como o quinto vital, contudo devido a sua subjetividade é extremamente difícil mensurá-la fidedignamente. Toda a equipe deve estar capacitada para avaliar.

Observaram ainda como fragilidades do protocolo proposto as terminologias que descrevem os qualificadores; o tempo e o uso como elementos que gerarão sugestões de adaptações; a tendência de o protocolo aumentar a prioridade da maioria dos usuários; a priorização daqueles que, por características intrínsecas de idade, condição de saúde ou social, já possuem preferência; o fato do protocolo ser fundamentado na topografia anatômica; a ausência de qualificadores para situações específicas como sutura, parotidite, torcicolo, alteração de fluxo menstrual e múltiplas queixas; a quantidade de cliques para registrar informações; a ausência de protocolos de enfermagem da atenção primária; e usuários que relatam uma história no ACCR e depois para o médico informam outro problema menos grave.

Sugestões para melhorar a proposta de um protocolo de ACCR

A fim de melhorar o protocolo de ACCR, os enfermeiros realizaram 105 sugestões as quais foram implementadas e outros que dependem da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como inclusão de protocolos de enfermagem da rede municipal.

A utilização dos protocolos de enfermagem, também caberia, em alguns aspectos, aqui, a equipe teria que ser capacitada, tanto enfermeiros quanto técnicos, também médicos, para entender o processo, [...] Por exemplo tratar uma candidíase, uma coisa simples, ocorrência de corrimento, uma IST, como uretrite, que acaba aparecendo aqui. Isso tem nos protocolos de enfermagem. Isso é uma das coisas que eu vejo que acontece bastante aqui e poderia, se tivesse espaço, para avaliar, porque sem avaliação é difícil. Tem-se que ter pelo menos uma maca para avaliar, um espaço. E nas salas que dispomos para fazer isso não tem como. No momento eu não vejo como fazer isso. Não vejo se seria interessante (E7).

Mas também não sei se seria para a gente da UPA, mas os protocolos que a gente usa na rede, eu acho interessante a gente criar aqui. Não sei se num momento agora, mas a médio e longo prazo uma equipe mais aumentada, de repente com terceiro enfermeiro ou alguma coisa assim, eu acho que também valeria a pena agente usar esses protocolos aqui (E10).

Outra melhoria proposta dependente da SMS é a inserção do protocolo dentro do prontuário eletrônico do usuário.

Ele estando dentro, fazendo parte do sistema, será mais fácil de usar do que como a gente está usando hoje, nessa experiência que está sendo feita, eu acho que dificulta um pouco a questão do tempo de uso dele. Acho que, se ele fosse dentro do sistema, seria mais rápido e mais fácil de usar. Agora eu estou consultando ali, mas dentro do sistema acho que seria mais fácil de usar (E9).

Eu acho que é bem interessante essa questão de ele estar dentro do prontuário mesmo. Isso facilitara para a gente, do que só ter um material impresso. É muito mais fácil estar ali dentro do prontuário, clicares e classificar o paciente (E14).

Para minimizar os efeitos do engessamento do enfermeiro classificador, sugeriu-se a inclusão de campo editável para que o classificador possa alimentar com informações complementares.

Deixar o sistema, ou até mesmo o protocolo, meio editável, como eu havia comentado contigo antes. Talvez para a gente acrescentar mais informações no final, ou retirar (E13).

Que eu acho que classificação de risco, lógico, a gente deve seguir o que o protocolo manda, mas em algumas situações eu acho que tem que ter um espaço para a gente ter o nosso ponto de vista (E15).

Rates, Alves e Cavalcante (2016), criticaram a triagem rápida com perguntas focadas na queixa e onde essa anatomicamente está localizada, desconsiderando questões de ordem

social, emocional, dentre outras, e concluíram afirmando que a subjetividade é inerente a todos e deve ser considerada.

Além destas sugestões, foram apontadas também: a necessidade de treinamento teórico e prático antes da implantação; permissão para que o enfermeiro “caminhe” livremente pelas prioridades; a especificação de alguns termos para padronizar o entendimento; o cuidado com o atendimento prioritário dentro das prioridades; a melhoria do layout do protocolo e redução do número de cliques; a valorização adequada, evitando sub ou supervalorização dos pontos de avaliação; e a possibilidade de sugerir melhorias mesmo depois de implantado.

Os aspectos positivos e as fragilidades apresentadas nas entrevistas com os enfermeiros são corroboradas na literatura por diferentes atores.

Sacoman *et al* (2019) concluíram que a implantação de um protocolo de classificação de risco reorganizou os fluxos e os processos de trabalho das portas de entrada dos serviços de emergência. Corroboram Oliveira *et al* (2017) ao informar que o usuário entende como benéfica a classificação das emergências, porém ao ser priorizado como não emergencial, culpabiliza o enfermeiro pela demora do atendimento médico.

A preocupação dos profissionais em padronizar a classificação e, dessa forma, agilizar, organizar e transmitir seriedade ao processo é percebida pelos usuários, ao avaliarem melhor a dignidade e a comunicação com os profissionais no ACCR, do que a agilidade do atendimento, suporte social recebido durante o cuidado e as instalações do serviço (HERMIDA *et al*, 2019).

Hermida *et al* (2018) informam que a avaliação realizada por médicos e enfermeiros da UPA sobre ACCR resultou em uma média extremamente baixa, no entanto destoou positivamente a avaliação do atendimento primário por gravidade e a priorização dos casos graves.

Três pontos devem ser observados para que usuários com demandas não emergências não procurem a UPA: serem informados sobre objetivos da Unidade; sentirem-se atendidos no Centro de Saúde de referência, e eficiência na referência e contra referência. É benéfico que essas pessoas tenham suas necessidades de saúde atendidas na rede primária, tanto para elas quanto para a instituição (RONCALLI *et al*, 2017b).

Os autores afirmam que a qualificação do enfermeiro permite-lhe prestar uma assistência ao usuário mais segura, minimizando as chances de sobrevir-lhe algum agravo nesse período. Aquele classificado em verde ou azul sabe que o atendimento médico será postergado e, enquanto aguarda, atribuirá essa demora ao enfermeiro que o classificou em

baixa prioridade. Por isso, reforçam que o usuário deve ser informado que a alta demanda na UPA é de pessoas que deveriam ter recorrido aos Centros de Saúde de seu bairro (RONCALLI *et al*, 2017a).

De Souza (2017) ressalta que a segurança do atendimento ao usuário inicia com a apropriada atribuição da classificação de risco, o que advém do uso correto do protocolo direcionador. Nesse sentido, os ACCR tornam-se diretrizes para uma correta avaliação da gravidade dos usuários, garantindo que o atendimento seja realizado no tempo-resposta e com a segurança adequada (MALFUSSI *et al*, 2018).

Conclusão

A proposta de Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para as Unidades de Pronto Atendimento foi bem recebida pelos enfermeiros, que consideram importante sua implantação para garantir a segurança do classificador e do usuário.

Das discussões emergiram vantagens, fragilidades e propostas de melhoria que tornarão o protocolo ainda mais adequado ao uso nas três UPAs do referido município. Implantar o modelo padronizará o atendimento, balizará o tempo de espera do usuário, respaldará legalmente o classificador, garantirá o atendimento adequado de acordo com a gravidade de cada caso e fortalecerá o papel estratégico das UPAs para a saúde pública do município, gerando valor para a sociedade.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília - DF: Editora do Ministério da saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (série B. textos Básicos de saúde1.). ISBN 978-85-334-1583-6

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº1, de 28 de setembro de 2017. Ementa: Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Seção I. Suplemento ao No- 190. Brasília - DF, 3 de outubro de 2017. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/guest/inicio> Acessado em: 01 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº3, de 28 de setembro de 2017. Ementa: Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de

Saúde. Diário Oficial da União. Seção I. Suplemento ao Nº- 190. Brasília - DF, 3 de outubro de 2017. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/guest/inicio> Acessado em: 01 jun. 2020.

CAMPOS, J; SOUZA, V.S. A percepção dos usuários dos serviços de urgência e emergência em relação à classificação de risco pelo protocolo de Manchester. *Revista Unimontes Científica*. Montes Claros, v. 16, n.1, p.17-25 - jan./jun. 2014. (ISSN 2236-5257).

DE SOUZA, C. C. Atuação do enfermeiro na classificação de risco em serviços de urgência e emergência e a segurança do paciente. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v. 7, 2017.

GONÇALVES, A.V.F; BIERHALS, C.C.K; PASKULIN, L.M.G. Acolhimento com classificação de risco no setor de emergência na perspectiva de idosos. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 14-20, setembro de 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 dez. 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.52422>.

HERMIDA, P.M.V. et al. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. *Revista Escola Enfermagem USP*, São Paulo, v. 52, e03318, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100400&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 dez. 2019.

HERMIDA, P.M.V. et al. Responsividade do acolhimento com classificação de risco: avaliação dos usuários em Unidade de Pronto Atendimento. *Texto contexto - enfermagem*, Florianópolis, v. 28, e20180480, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100341&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 dez. 2019.

HOLANDA, F.L. de; MARRA, C.C; CUNHA, I.C.K.O. Construção da Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências. *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 373-379, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400062>.

INOUE, K.C. et al. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco em Serviços de Emergência. *Acta paul. enferm.* São Paulo, v. 28, n. 5, p. 420-425, agosto de 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000500420&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 30 dez 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500071>.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. *Sistema Manchester de Classificação de Risco*. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2018.

MALFUSSI, L.B.H. de; et al. Concordância de um protocolo institucional de avaliação com classificação de risco. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e4200016.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2019.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 416p. ISBN 8527101815.

OLIVEIRA, J.L.C et al . Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 26, n. 1, e0960014, 2017. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100301&lng=en&nrm=iso)

[07072017000100301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100301&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 dez. 2019. Epub Feb 06, 2017.

<https://doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS – PMF. Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Gerência de Inteligência e Informação SMS/PMF. Sala de Situação das UPAs – Versão para Teste – Classificação. Disponível em

http://172.17.51.15:3838/plan/upas/versao_0.02/versao_0.02/. Acesso em: 14 ago. 2019.

RATES, H.F; ALVES, M. e CAVALCANTE, R.B. Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse?. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 7, n. 2, ago. 2016a. ISSN 2357-707X.

Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/795/320>.

Acesso em: 26 dez. 2019. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n2.795>.

RATES, H.F; ALVES, M; CAVALCANTE, B.R. O processo de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco. *Revista Mineira de Enfermagem – REME*. Volume: 20:e969. 2016b. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1105> Acessado em: 02 jun. 2020. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160039>.

RONCALLI, A.A.; et al. Experiências cotidianas do enfermeiro na classificação de risco em Unidade de Pronto Atendimento. *Revista Enfermagem UFPE on line.*, Recife, 11(4):1743-51, abr., 2017a. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/15246/18030>. Acesso em: 10 dez. 2019. ISSN: 1981-8963 DOI: 10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201724.

RONCALLI, A.A.; et al. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. *Revista Baiana de Enfermagem*; 31(2)2017b. Disponível em:

<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16949>. Acesso em: 03 dez.

2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.16949>

SACOMAN, T.M.; et al. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 354-367, Apr. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200354&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 dez. 2019.

SILVA, A.S.T da et al. Acolhimento ao idoso em unidades de saúde da família. *Revista Enfermagem UFPE on line*; 12(8): 2247-2256, ago. 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235828/29744>. Acesso em 04 dez. 2019. DOI:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a235828p2247-2256-2018>.

TRENTINI, M; PAIM, L; SILVA. Pesquisa Convergente-Assistencial: Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Ed Moriá; 2014.

TRENTINI, M; PAIM, L; SILVA, D.M.G.V. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 26, n. 4, 2017.

VIACAVA, F.; et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, Jun 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>

WEINERMAN, E.R; RUTZEN, S.R; PEARSON, D.A. Effects of medical “Triage” in Hospital Emergency Service. *Yale Studies in Ambulatory Medica Care*. Vol. 80, nº 5: 389-399. May 1965. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1919542/pdf/pubhealthreporig00053-0017.pdf>. Acesso em : 27 de mai de 2020.

4.7 PRODUTO

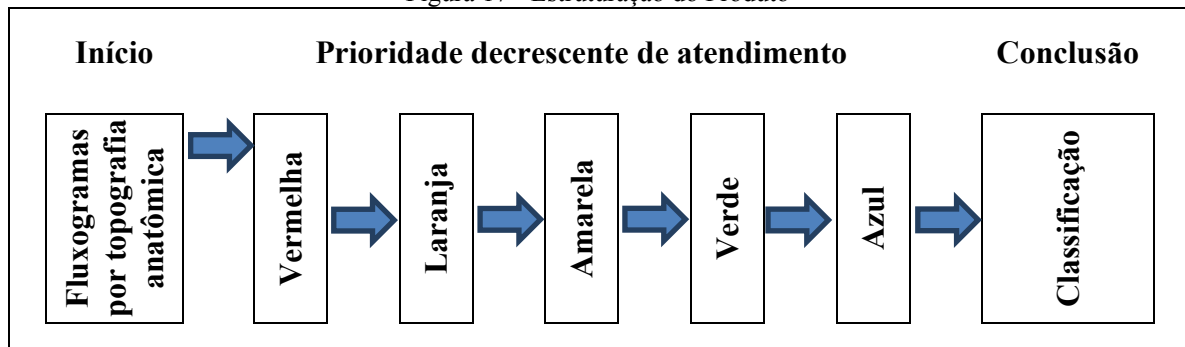
A construção coletiva permitiu a elaboração de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco para Unidades de Pronto Atendimento, como produto.

4.7.1 Instruções para uso do Produto

Tais contribuições propiciaram a construção coletiva de um modelo de Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco que, além de ser de fácil aplicabilidade pelos profissionais, é protetivo tanto ao classificador quanto ao usuário

Sucintamente, o Protocolo criado é composto por sete fluxogramas que dividem o corpo humano em cabeça; pescoço; tórax; abdome; pelve; costas e extremidades, cada um desses apresenta cinco prioridade de atendimento, iniciando por vermelha, seguindo para laranja, após amarela, depois verde e por último como menor gravidade azul. Em cada nível de estratificação há vários descritores, o classificador avança para o seguinte apenas se esse for negado, ou seja, ao deparar-se com o primeiro descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado, será esse o determinante da classificação, conforme demonstra a figura 22.

Figura 17 - Estruturação do Produto



Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

Orientação:

Para melhor compreensão, a explicação ocorrerá através de um exemplo;

Aferição de sinais quando necessários serão solicitados.

Exemplo:

Cidadão de 40 anos chega a UPA com queixa de que há 3 dias apresenta dor na face, especialmente na testa e em torno dos olhos, coriza, dor em garganta e peito carregado.

Essa pessoa não se enquadra em nenhuma das Priorizações Especiais

Passo a passo:

1º passo – escolher um fluxograma relacionado a queixa do usuário.

Nesse exemplo, escolhido pode-se escolher Cabeça ou Pescoço ou Tórax, afinal usuário queixa-se de problemas relacionados as essas partes anatômicas. Nesse caso escolhemos fluxograma Cabeça.

Figura 18 - Escolha de um fluxograma por topografia anatômica

FLUXOGRAMAS POR TOPOGRAFIA ANATÔMICA

CABEÇA

PESCOÇO

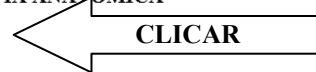
TÓRAX

ABDOME

PELVE

COSTAS

EXTREMIDADES



PRIORIZAÇÕES ESPECIAIS:

LARANJA: Ferimento penetrante, incidente com óbito no local, ejeção de veículo, ferimento por arma de fogo, queda de nível maior de 1,5 a própria altura do envolvido, colisão automobilística acima de 60Km/h são eventos de alta transferência de energia, portanto de cinemática importante, logo, se não houver critério para classificação vermelha, serão SEMPRE priorizado no estrato LARANJA, segue essa orientação os usuários vítimas de descarga elétrica com ou sem lesão aparente.

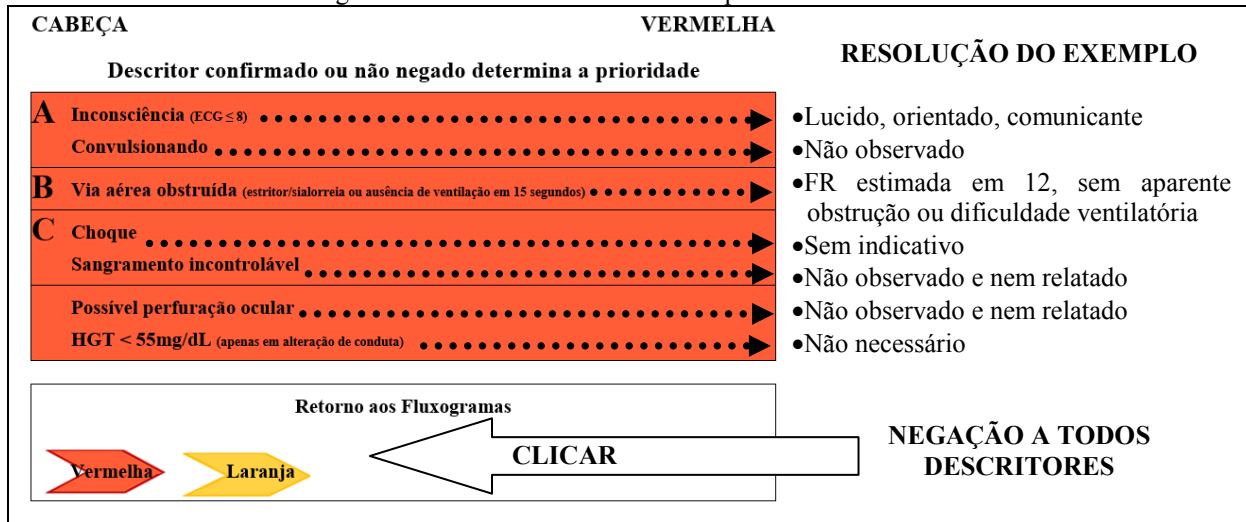
VERDE: usuário agredido ou agressor com atendimento pregresso por agressão e usuário com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento, ainda que assintomático em atendimento atual, serão SEMPRE classificados em VERDE se não houver critério para estrato de maior prioridade.

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

2º passo – analisar descritores da prioridade vermelha.

Nesse momento não há necessidade de aferir sinais vitais, apenas de estimar se respiração está menor de 10 ou maior de 22 por minuto, para isso basta confirmar que esteja 3 a 5 em 15 segundos.

Figura 19 - Análise dos descritores da prioridade vermelha



Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

3º passo – analisar descritores da prioridade laranja.

Nessa etapa afere-se os sinais vitais, iniciando pela saturação, depois frequência cardíaca, após pressão arterial pressão arterial, em seguida frequência cardíaca e por fim temperatura.

Se notar algum sinal anormal conforme valor informado na tabela, classificar imediatamente e terminar avaliação dentro de sala laranja, já com médico ciente.

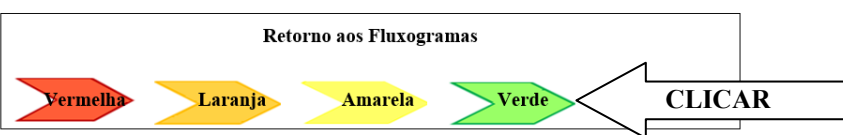
Figura 20 - Análise dos descritores da prioridade laranja

CABEÇA	LARANJA	RESOLUÇÃO DO EXEMPLO
Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade		
A Rebaixamento de Nível de Consciência	.....▶	•Nega e não há indicação de tal
B FR: ≤ 10 ou ≥ 22	.....▶	•FR aferida de 14
Sat. O2: $<95\%$ (com O2) ou $<92\%$ (em AA)	.....▶	•Sat aferida de 98%
C FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm	.....▶	•FC aferida de 80
PAD ≥ 120 mmHg + possível AVE/SCA/EAP	.....▶	•PA aferida de 130/80, sem indicação
Sangramento controlado com PAS: ≤ 80 mmHg	.....▶	•Não observado e nem relatado
D Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário)	.....▶	•Relata dor 4 o que condiz com condição de usuário
Dor de cabeça de início há poucos minutos ou que acordou usuário	.....▶	•Relata que dor surgiu há 4 dias e cede com analgésico simples
E Temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$	.....▶	•Temperatura aferida de $36,9^{\circ}\text{C}$
F Edema face	.....▶	•Não observado
Erupção que não empalidece a digitopressão	.....▶	•Não observado
Fratura exposta ou sinal de TCE	.....▶	•Não observado
HGT > 200 mg/dL + cetoacidose (apenas em alteração de conduta)	.....▶	•Não é indicação para aferição
Limitação iniciada nas últimas 12h (qualquer limitação)	.....▶	•Não observado e nem relatado
Overdose (associar relato de uso/abuso de droga à sintoma)	.....▶	•Não observado e nem relatado
Perturbação (ansiedade intensa + alterações fisiológicas)	.....▶	•Não observado e nem relatado
Rigidez de nuca + fotofobia e cefaleia	.....▶	•Não observado e nem relatado
Situação de risco (picado de serpente, ingestão de substância para autoexterminio, histórico de agressão, tentativa de evasão, "gatilho" próximo, escultado, descarga elétrica, ferimento penetrante, incidente com óbito no local, ejeção de veículo, FAF, queda de nível maior de 1,5 a própria altura do envolvido, colisão automobilística acima de 60Km/h})	.....▶	•Sem sinal de algum e nega todos
Trabalhador de laboratório ou quem retorna de área endêmica nos últimos 14 dias	.....▶	•Nega
Usuário com fuligem em narinas e/ou mãos ou rosto com sujidade de incêndio	.....▶	•Não observado e nem relatado

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

4º passo – analisar descritores da prioridade amarela
Nessa etapa os sinais vitais, já foram aferidos.

Figura 21 - Análise dos descritores da prioridade amarela

CABEÇA	AMARELA	RESOLUÇÃO DO EXEMPLO
Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade		
A	Inconsciência relatada ou amnésia nas últimas 24h	•Nega e não há indicação de tal
B	Sat. O2 <95% em ar ambiente	•Sat já aferida em etapa anterior – 98%
C	PAD ≥ 120mmHg sem possível AVE/SCA/EAP Sangramento controlado com PAS: >80mmHg	•PA já aferida em etapa anterior-120/80 •Não observado e nem relatado
D	Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário) Dor em região temporal	•Relatou dor 4 em etapa anterior o que condiz com condição de usuário •Relata que dor surgiu há 4 dias e cede com analgésico simples
E	Temperatura entre 38,5 e 40,9°C	•Temperatura já aferida de 36,9°C
F	Alteração de conduta sem alteração fisiológica Embriaguez aparente (aparência, atitude, orientação, memória e/ou capacidade motora e/ou verbal) Eliminações com sangue (excluído fluxo menstrual) Erupção que empalidece a digitopressão HGT > 300mg/dL sem sinal de cetoacidose (apenas em alteração de conduta) Limitação iniciada entre as últimas 12 e 24h (qualquer) Prurido com sinais Relato não justifica quadro (principalmente com vulneráveis) Retorno de viagem nos últimos 14 dias (independente de local) Sinal de fratura fechada Vomitando	•Não observado •Não observado •Não relatado •Não observado •Não é indicação para aferição •Não observado e nem relatado •Não observado e nem relatado •Não se enquadra •Nega •Não observado •Não observado
Retorno aos Fluxogramas		
		
NEGAÇÃO A TODOS DESCRITORES		

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

5º passo – analisar descritores da prioridade verde
 Nessa etapa os sinais vitais, já foram aferidos.

Figura 22 - Análise dos descritores da prioridade verde

CABEÇA
VERDE

RESOLUÇÃO DO EXEMPLO

- Relatou dor 4 em etapa anterior o que condiz com condição de usuário

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

D Dor de 1 a 4 na EVA (Associar nota com condição de usuário)

CLICAR, NESSE CASO NA EXPRESSÃO OU NA IMAGEM

E Temperatura entre 37,5 e 38,4°C

F Inflamação local

- Limitação iniciada há mais de 24h
- Náusea ou Vômito
- Prurido sem sinais
- Retorno com exame em menos de 24h de usuário assintomático e/ou medicado
- Sensação de corpo estranho (abrange: narinas, olhos, ouvidos)
- Tontura
- Agressão (agredido ou agressor com atendimento progressa por agressão)
- Doença mental (usuário assintomático com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento)

Retorno aos Fluxogramas

➔ Vermelha
➔ Laranja
➔ Amarela
➔ Verde
➔ Azul

PRIMEIRO DESCRITOR CONFIRMADO OU NÃO NEGADO

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

6º passo – classificar

O primeiro descritor confirmado ou o não negado determina a classificação, nesse exemplo a prioridade verde.

Exemplo:

Cidadão de 40 anos chega a UPA com queixa de que há 3 dias apresenta dor na face, especialmente na testa e em torno dos olhos, coriza, dor em garganta e peito carregado.

Essa pessoa não se enquadra em nenhuma das Priorizações Especiais

Figura 23 - Classificação de situação exemplo

Fluxograma: Cabeça
Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 1 a 4 o que parece condizer com situação
Prioridade: Verde

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

4.7.2 Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para Unidade de Pronto Atendimento

Esse item do trabalho é o produto propriamente dito e o seguinte a relação dos possíveis desfechos.

FLUXOGRAMAS POR TOPOGRAFIA ANATÔMICA

CABEÇA

PESCOÇO

TÓRAX

ABDOME

PELVE

COSTAS

EXTREMIDADES

PRIORIZAÇÕES ESPECIAIS:

LARANJA: Ferimento penetrante, incidente com óbito no local, ejeção de veículo, ferimento por arma de fogo, queda de nível maior de 1,5 a própria altura do envolvido, colisão automobilística acima de 60Km/h são eventos de alta transferência de energia, portanto de cinemática importante, logo, se não houver critério para classificação vermelha, serão **SEMPRE** priorizado no estrato **LARANJA**, segue essa orientação os usuários vítimas de descarga elétrica com ou sem lesão aparente.

VERDE: usuário agredido ou agressor com atendimento pregresso por agressão e usuário com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento, ainda que assintomático em atendimento atual, serão **SEMPRE** classificados em **VERDE** se não houver critério para estrato de maior prioridade.

CABEÇA**VERMELHA****Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade**

A	Inconsciência (ECG \leq 8) Convulsionando
B	Via aérea obstruída (estridor/sialorreia ou ausência de ventilação em 15 segundos)
C	Choque Sangramento incontrolável
	Possível perfuração ocular HGT < 55mg/dL (apenas em alteração de conduta)

Retorno aos Fluxogramas

CABEÇA**LARANJA**

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A Rebaixamento de Nível de Consciência
B FR: ≤ 10 ou ≥ 22 Sat. O ₂ : $<95\%$ (com O ₂) ou $<92\%$ (em AA)
C FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm PAD ≥ 120 mmHg + possível AVE/SCA/EAP Sangramento controlado com PAS: ≤ 80 mmHg
D Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário)
<div style="text-align: center;"> <p>Escala Visual Analógica - EVA</p> <p>Intensidade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Característica Sem dor</p> <p>Ação sobre atividades Pouco impacto Interrompe algumas Interrompe todas</p> <p>Fonte: CAMPOLINO (2019)</p> </div> <p>Dor de cabeça de início há poucos minutos ou que acordou usuário</p>
E Temperatura ≥ 41 C°
F Edema face Erupção que não empalidece a digitopressão Fratura exposta ou sinal de TCE HGT > 200 mg/dL + cetoacidose (apenas em alteração de conduta) Limitação iniciada nas últimas 12h (qualquer limitação) Overdose (associar relato de uso/abuso de droga à sintoma) Perturbação (ansiedade intensa + alterações fisiológicas) Rigidez de nuca + fotofobia e cefaleia (atentar-se a relato) Situação de risco (picado de serpente, ingestão de substância para autoextermínio, histórico de agressão, tentativa de evasão, “gatilho” próximo, escoltado, descarga elétrica, ferimento penetrante, incidente com óbito no local, ejeção de veículo, FAF, queda de nível maior de 1,5 a própria altura do envolvido, colisão automobilística acima de 60Km/h) Trabalhador de laboratório ou quem retorna de área endêmica nos últimos 14 dias Usuário com fuligem em narinas e/ou mãos ou rosto com sujidade de incêndio

Retorno aos Fluxogramas



CABEÇA

AMARELA

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A	Inconsciência relatada ou amnésia nas últimas 24h
B	Sat. O ₂ <95% em ar ambiente
C	PAD ≥ 120mmHg sem possível AVE/SCA/EAP Sangramento controlado com PAS: >80mmHg
D	<p>Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário)</p> <p>Dor em região temporal</p>
E	Temperatura entre 38,5 e 40,9°C
F	<p>Alteração de conduta sem alteração fisiológica</p> <p>Embriaguez aparente (aparência, atitude, orientação, memória e/ou capacidade motora e/ou verbal)</p> <p>Eliminações com sangue (excluído fluxo menstrual)</p> <p>Erupção que empalidece a digitopressão</p> <p>HGT > 300mg/dL sem sinal de cetoacidose (apenas em alteração de conduta)</p> <p>Limitação iniciada entre as últimas 12 e 24h (qualquer)</p> <p>Prurido com sinais</p> <p>Relato não justifica quadro (principalmente com vulneráveis)</p> <p>Retorno de viagem nos últimos 14 dias (independente de local)</p> <p>Sinal de fratura fechada</p> <p>Vomitando</p>

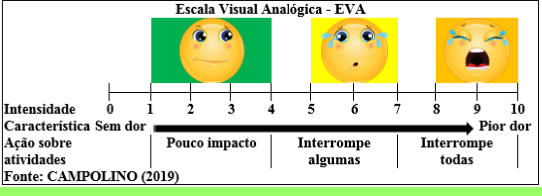
Retorno aos Fluxogramas



CABEÇA

VERDE

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

<p>D Dor de 1 a 4 na EVA (Associar nota com condição de usuário)</p>	
<p>E Temperatura entre 37,5 e 38,4°C</p>	
<p>F Inflamação local</p> <p>Limitação iniciada há mais de 24h</p> <p>Náusea ou Vômito</p> <p>Prurido sem sinais</p> <p>Retorno com exame em menos de 24h de usuário assintomático e/ou medicado</p> <p>Sensação de corpo estranho (abrange: narinas, olhos, ouvidos)</p> <p>Tontura</p> <p>Agressão (agredido ou agressor com atendimento pregressa por agressão)</p> <p>Doença mental (usuário assintomático com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento)</p>	

Retorno aos Fluxogramas



Vermelha

Laranja

Amarela

Verde

Azul

CABEÇA**AZUL****Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade**

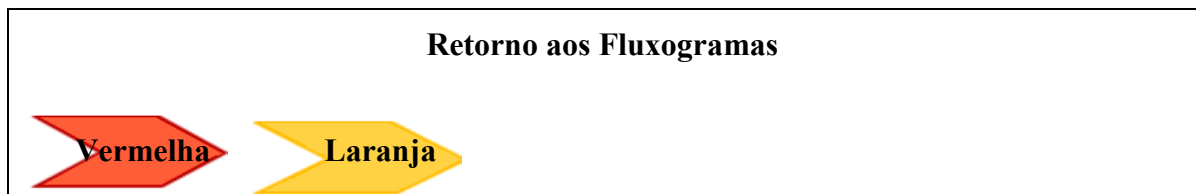
F Queixa relatada não observada
Retorno com exame de mais de 24h de usuário assintomático e/ou medicado
Solicitação de atestado/encaminhamento/receita

Retorno aos Fluxogramas

PESCOÇO**VERMELHA**

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

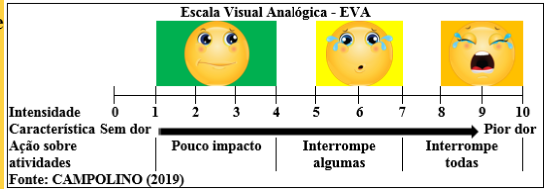
A	Inconsciência (ECG \leq 8) Convulsionando
B	Via aérea obstruída (estridor/sialorreia ou ausência de ventilação em 15 segundos)
C	Choque Sangramento incontrolável



PESCOÇO

LARANJA

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A	Rebaixamento de Nível de Consciência
B	FR: ≤ 10 ou ≥ 22 Sat. O ₂ : $<95\%$ (com O ₂) ou $<92\%$ (em AA)
C	FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm PAD ≥ 120 mmHg + possível AVE/SCA/EAP Sangramento controlado com PAS: ≤ 80 mmHg
D	Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário)
	 <p>Intensidade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Característica Sem dor Ação sobre atividades Pouco impacto Interrompe algumas Interrompe todas Pior dor Fonte: CAMPOLINO (2019)</p>
E	Temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$
F	Edema em pescoço Enfisema subcutâneo Erupção que não empalidece a digitopressão Fratura exposta ou sinal de TCE Imunossupressão (independente de origem – patológica e/ou medicamentosa) Limitação iniciada nas últimas 12h (qualquer limitação) Rigidez de nuca + fotofobia e cefaleia (atentar-se a relato) Situação de risco (picado de serpente, ingestão de substância para autoextermínio, histórico de agressão, tentativa de evasão, “gatilho” próximo, escoltado, descarga elétrica, ferimento penetrante, incidente com óbito no local, ejeção de veículo, FAF, queda de nível maior de 1,5 a própria altura do envolvido, colisão automobilística acima de 60Km/h) Trabalhador de laboratório ou quem retorna de área endêmica nos últimos 14 dias

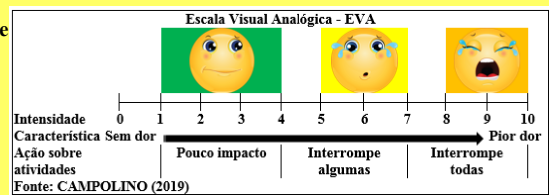
Retorno aos Fluxogramas



PESCOÇO**AMARELA**

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A	Inconsciência relatada ou amnésia nas últimas 24h
B	Sat. O2: <95% em ar ambiente
C	PAD \geq 120mmHg sem possível AVE/SCA/EAP Sangramento controlado sem déficit (PAS: >80mmHg)
D	Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário)
E	Temperatura entre 38,5 e 40,9°C
F	Erupção que empalidece a digitopressão Limitação iniciada entre as últimas 12 e 24h (qualquer) Prurido com sinais Relato não justifica quadro (principalmente com vulneráveis) Retorno de viagem nos últimos 14 dias (independente de local) Trauma direto no pescoço ou na cabeça no sentido céfalo-caudal Vomitando



Retorno aos Fluxogramas

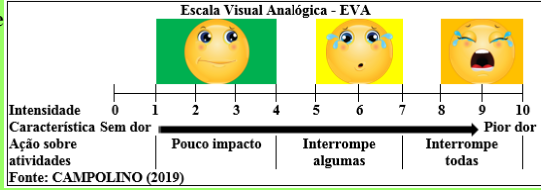


PESCOÇO

VERDE

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

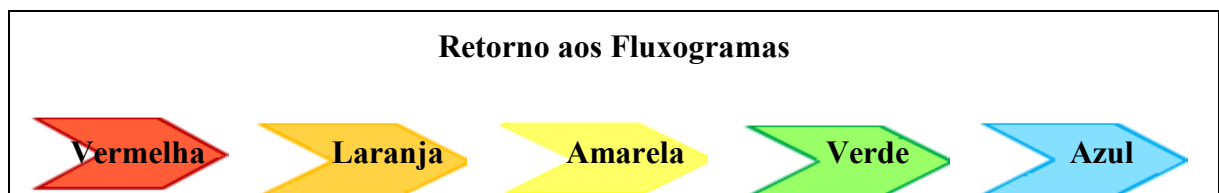
D Dor de 1 a 4 na EVA (Associar nota com condição de usuário)



E Temperatura entre 37,5 e 38,4°C

F Inflamação local

- Limitação iniciada há mais de 24h (qualquer)
- Náusea ou Vômito
- Prurido sem sinais
- Retorno com exame em menos de 24h de usuário assintomático e/ou medicado
- Tontura
- Agressão (agredido ou agressor com atendimento pregressa por agressão)
- Doença mental (usuário assintomático com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento)

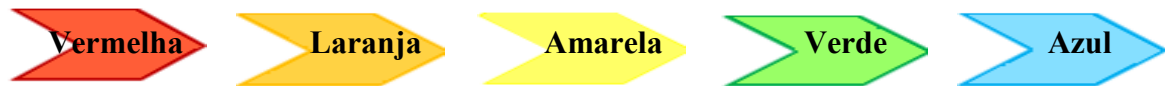


PESCOÇO**AZUL**

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

F Retorno com exame de mais de 24h de usuário assintomático e/ou medicado
Queixa relatada não observada
Solicitação de atestado/encaminhamento/receita/exames

Retorno aos Fluxogramas

**TÓRAX****VERMELHA**

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A Inconsciência (ECG ≤ 8)
Convulsionando

B Via aérea obstruída (estridor/sialorreia ou ausência de ventilação em 15 segundos)

C Choque
Sangramento incontrolável

Retorno aos Fluxogramas

**TÓRAX****LARANJA**

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

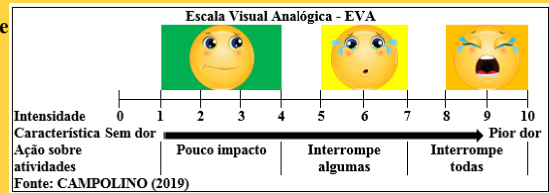
A Rebaixamento de Nível de Consciência

B FR: ≤ 10 ou ≥ 22
Sat. O₂: $<95\%$ (com O₂) ou $<92\%$ (em AA)

C FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm
PAD ≥ 120 mmHg + possível AVE/SCA/EAP)

Sangramento controlado com PAS ≤ 80 mmHg

D Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário)



Dor retroesternal de qualquer intensidade com ou sem irradiação

Dor na “boca do estômago” associada a náusea, sudorese e tontura

E Temperatura ≥ 41 C°

F Enfisema subcutâneo

Erupção que não empalidece a digitopressão

Fratura exposta

Overdose (associar relato de uso/abuso de droga à sintomas)

Perturbação (ansiedade intensa + alterações fisiológicas)

Situação de risco (picado de serpente, ingestão de substância para autoextermínio, histórico de agressão, tentativa de evasão, “gatilho” próximo, escoltado, descarga elétrica, ferimento penetrante, incidente com óbito no local, ejeção de veículo, FAF, queda de nível maior de 1,5 a própria altura do envolvido, colisão automobilística acima de 60Km/h)

Trabalhador de laboratório ou quem retorna de área endêmica nos últimos 14 dias

Trauma torácico com queixa ventilatória

Usuário com fuligem em narinas e/ou mãos ou rosto com sujidade de incêndio

Retorno aos Fluxogramas



TÓRAX

AMARELA

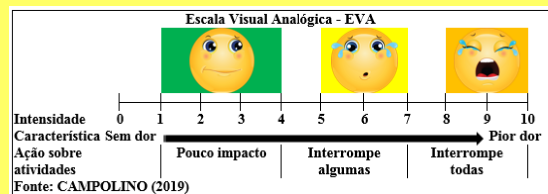
Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A Inconsciência relatada ou amnésia nas últimas 24h

B Sat. O₂ <95% em ar ambiente

C PAD ≥ 120mmHg sem possível AVE/SCA/EAP
Sangramento controlado com PAS >80mmHg

D Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário)



Dor torácica atípica com irradiação

Dor torácica que intensifica à ventilação

E Temperatura entre 38,5 e 40,9°C

F Alteração de conduta sem risco

DPOC sem melhora com medicação habitual

Eliminação com sangue

Erupção que empalidece a digitopressão

Inalação de fumaça (ambiente confinado com fumaça na última hora)

Prurido com sinais

Relato não justifica quadro (principalmente com vulneráveis)

Retorno de viagem nos últimos 14 dias (independente de local)

Sinal de fratura fechada

Trauma torácico sem dispneia

Vomitando

Retorno aos Fluxogramas



TÓRAX

VERDE

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

D Dor de 1 a 4 na EVA (Associar nota com condição de usuário)

E Temperatura entre 37,5 e 38,4°C

F Inflamação local

Náusea ou Vômito

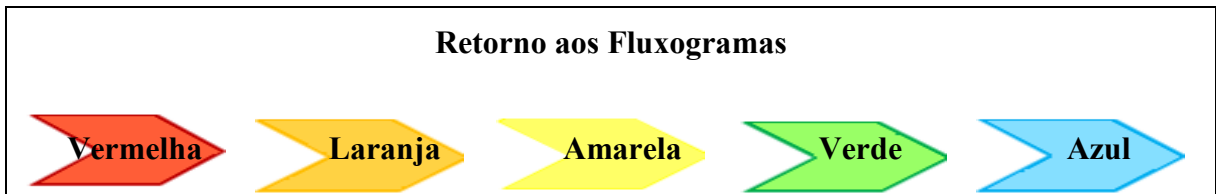
Prurido sem sinais

Retorno com exame em menos de 24h de usuário assintomático e/ou medicado

Tontura

Agressão (agredido ou agressor com atendimento pregressa por agressão)

Doença mental (usuário assintomático com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento)



TÓRAX**AZUL****Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade**

F Queixa relatada não observada
Retorno com exame de mais de 24h de usuário assintomático e/ou medicado
Solicitação de atestado/ encaminhamento/receita/exame

Retorno aos Fluxogramas

ABDOME**VERMELHA**

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A	Inconsciência (ECG \leq 8) Convulsionando
B	Via aérea obstruída (estridor/sialorreia ou ausência de ventilação em 15 segundos)
C	Choque Sangramento incontrolável
	Evisceração

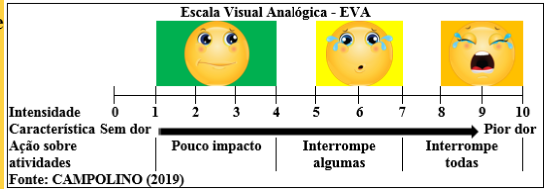
Retorno aos Fluxogramas



ABDOME

LARANJA

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A Rebaixamento de Nível de Consciência	
B FR: ≤ 10 ou ≥ 22 Sat. O ₂ : $<95\%$ (com O ₂) ou $<92\%$ (em AA)	
C FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm PAD ≥ 120 mmHg + possível AVE/SCA/EAP Sangramento controlado com PAS ≤ 80 mmHg	
D Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário)	 <p>Intensidade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Característica Sem dor Ação sobre Pouco impacto Interrompe algumas Interrompe todas atividades Fonte: CAMPOLINO (2019)</p>
<p>Dor abdominal irradiada para dorso</p> <p>Dor na “boca do estômago” associada a náusea, sudorese e tontura</p>	
E Temperatura ≥ 41 C°	
F Erupção que não empalidece a digitopressão	
<p>Limitação iniciada nas últimas 12h (qualquer, inclusive gestante com mais de 20s com relato de não sentir bebê sem limite de tempo)</p> <p>Perturbação (ansiedade intensa + alteração fisiológica)</p> <p>Relato e/ou registro de hemorragia digestiva</p> <p>Situação de risco (picado de serpente, ingestão de substância para autoexterminio, histórico de agressão, tentativa de evasão, “gatilho” próximo, escoldado, descarga elétrica, ferimento penetrante, incidente com óbito no local, ejeção de veículo, FAF, queda de nível maior de 1,5 a própria altura do envolvido, colisão automobilística acima de 60Km/h)</p> <p>Trauma abdominal ocorrido nas últimas 12h</p> <p>Trauma de impacto de queda em gestante ocorrido nas últimas 12h (qualquer)</p>	

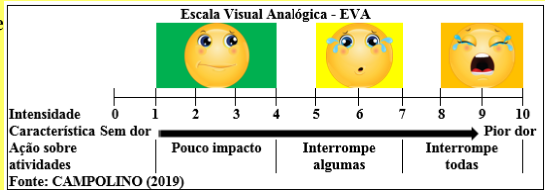
Retorno aos Fluxogramas



ABDOME

AMARELA

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A	Inconsciência relatada ou amnésia nas últimas 24h
B	Sat. O ₂ : <95% em ar ambiente)
C	PAD ≥ 120mmHg sem possível AVE/SCA/EAP Sangramento controlado com PAS >80mmHg
D	Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário)
	 <p>Intensidade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Característica Sem dor Ação sobre atividades Pouco impacto Interrompe algumas Interrompe todas Fonte: CAMPOLINO (2019)</p>
E	Temperatura entre 38,5 e 40,9°C
F	Alteração de conduta sem risco (queixa sem alteração fisiológica) Desidratação Eliminações com sangue (excluído fluxo menstrual) Erupção que empalidece a digitopressão Limitação iniciada entre as últimas 12 e 24h (qualquer) Prurido com sinais Relato não justifica quadro (principalmente com vulneráveis) Trauma abdominal ocorrido nas últimas 12 e 24h Trauma de impacto de queda em gestante ocorrido nas últimas 12 e 24h (qualquer) Vomitando

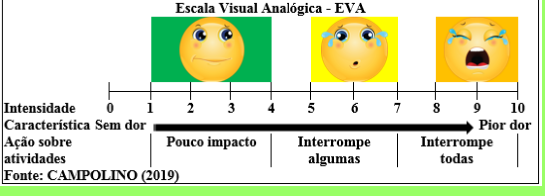
Retorno aos Fluxogramas

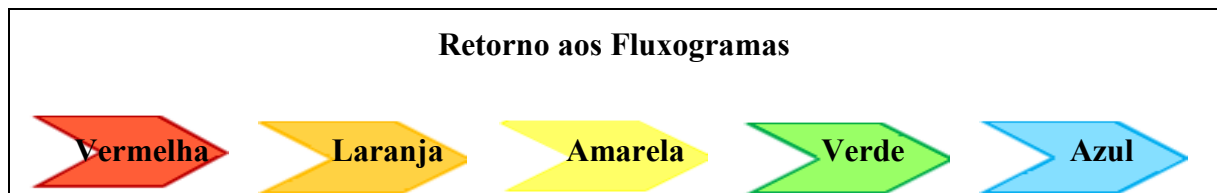


ABDOMEN

VERDE

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

<p>D Dor de 1 a 4 na EVA (Associar nota com condição de usuário)</p>	
<p>E Temperatura entre 37,5 e 38,4°C</p>	
<p>F Inflamação local</p> <p>Limitação iniciada há mais de 24h (qualquer)</p> <p>Náusea ou Vômito</p> <p>Prurido sem sinais</p> <p>Retorno com exame em menos de 24h de usuário assintomático e/ou medicado</p> <p>Tontura</p> <p>Trauma abdominal ocorrido há mais de 24h</p> <p>Trauma de impacto de queda em gestante há mais de 24h (qualquer)</p> <p>Agressão (agredido ou agressor com atendimento pregresso por agressão)</p> <p>Doença mental (usuário assintomático com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento)</p>	



ABDOME**AZUL****Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade**

F Queixa relatada não observada
Retorno com exame em menos de 24h de usuário assintomático e/ou medicado
Solicitação de atestado/encaminhamento/receita/exame

Retorno aos Fluxogramas

PELVE

VERMELHA

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A	Inconsciência (ECG ≤ 8) Convulsionando
B	Via aérea obstruída (estridor/sialorreia ou ausência de ventilação em 15 segundos)
C	Choque Sangramento incontrolável
	Exteriorização fetal e/ou de cordão umbilical HGT < 55mg/dL (apenas em gestante)

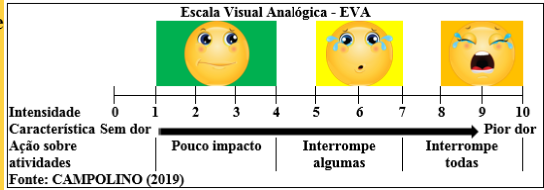
Retorno aos Fluxogramas



PELVE

LARANJA

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A Rebaixamento de Nível de Consciência	
B FR: ≤ 10 ou ≥ 22 Sat. O ₂ : $<95\%$ (com O ₂) ou $<92\%$ (em AA)	
C FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm PAD ≥ 120 mmHg + possível AVE/SCA/EAP Sangramento controlado com PAS ≤ 80 mmHg	
D Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário)	 <p>Intensidade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Característica Sem dor Ação sobre atividades Pouco impacto Interrompe algumas Interrompe todas Fonte: CAMPOLINO (2019)</p>
Dor testicular	
E Temperatura ≥ 41 C°	
F Erupção que não empalidece a digitopressão	
Limitação iniciada nas últimas 12h (qualquer, inclusive gestante com mais de 20s com relato de não sentir bebê, sem limite de tempo)	
Mecônio	
Perturbação (ansiedade intensa/pânico + alteração de fisiológica)	
Priapismo	
Relação sexual sem consentimento	
Relato ou registro de hemorragia digestiva	
Sangramento vaginal com IG $>$ que 20s	
Situação de risco (picado de serpente, ingestão de substância para autoextermínio, histórico de agressão, tentativa de evasão, "gatilho" próximo, escoltado, descarga elétrica, ferimento penetrante, incidente com óbito no local, ejeção de veículo, FAF, queda de nível maior de 1,5 a própria altura do envolvido, colisão automobilística acima de 60Km/h)	
Trauma de impacto de queda em gestante ocorrido nas última 12h	
Trauma pélvico ocorrido nas últimas 12h (qualquer)	
Virilha e/ou escroto enegrecida e/ou como se queimada	

Retorno aos Fluxogramas

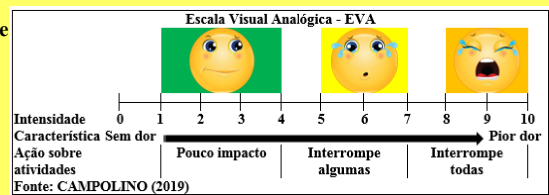


PELVE

AMARELA

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A	Inconsciência relatada ou amnésia nas últimas 24h
B	Sat. O ₂ : <95% em ar ambiente
C	PAD ≥ 120mmHg sem possível AVE/SCA/EAP Sangramento controlado com PAS >80mmHg
D	Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário)
E	Temperatura entre 38,5 e 40,9°C
F	<p>Ansiedade (queixa sem alteração fisiológica)</p> <p>Celulite de escroto</p> <p>Eliminações com sangue (excluído fluxo menstrual)</p> <p>Erupção que empalidece a digitopressão</p> <p>Limitação iniciada entre as últimas 12 e 24h (qualquer)</p> <p>Prurido com sinais</p> <p>Relação sexual consentida e desprotegida nas últimas 72h (PEP)</p> <p>Relato não justifica quadro (principalmente com vulneráveis)</p> <p>Trauma de impacto em gestante ocorrido nas últimas 12 e 24h (qualquer)</p> <p>Trauma pélvico ocorrido nas últimas 12 e 24h</p> <p>Vomitando</p>



Retorno aos Fluxogramas

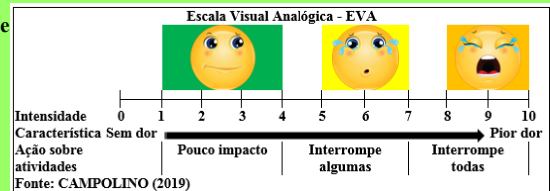


PELVE

VERDE

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

D Dor de 1 a 4 na EVA (Associar nota com condição de usuário)



E Temperatura entre 37,5 e 38,4°C

F Alteração de fluxo menstrual

Inflamação local (inclui corrimento genital e/ou anal)

Limitação iniciada há mais de 24h (qualquer)

Náusea ou Vômito

Prurido sem sinais

Relação sexual consentida e desprotegida há mais de 72h

Retorno com exame em menos de 24h de usuário assintomático e/ou medicado

Tontura

Trauma de impacto de queda em gestante há mais de 24h (qualquer)

Trauma pélvico ocorrido há mais de 24h

Agressão (agredido ou agressor com atendimento pregressa por agressão)

Doença mental (usuário assintomático com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento)

Retorno aos Fluxogramas



PELVE**AZUL****Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade**

F Queixa relatada não observada
Retorno com exame de mais de 24h de usuário assintomático e/ou medicado
Solicitação de atestado/ encaminhamento/receita/exame

Retorno aos Fluxogramas

COSTAS**VERMELHA****Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade**

A	Inconsciência (ECG ≤ 8) Convulsionando
B	Via aérea obstruída (estridor/sialorreia ou ausência de ventilação em 15 segundos)
C	Choque Sangramento incontrolável

Retorno aos Fluxogramas

COSTAS

LARANJA

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A Rebaixamento de Nível de Consciência	
B FR: ≤ 10 ou ≥ 22 Sat. O ₂ : $<95\%$ (com O ₂) ou $<92\%$ (em AA)	
C FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm PAD ≥ 120 mmHg + possível AVE/SCA/EAP Sangramento controlado com PAS ≤ 80 mmHg	
D Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário)	<p align="center">Escala Visual Analógica - EVA</p> <p>Intensidade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Característica Sem dor</p> <p>Ação sobre Pouco impacto Interrompe Interrompe</p> <p>atividades algumas todas</p> <p>Fonte: CAMPOLINO (2019)</p>
E Temperatura $\geq 41C^\circ$	
F Erupção que não empalidece a digitopressão Limitação iniciada nas últimas 12h (qualquer) Trabalhador de laboratório ou quem retorna de área endêmica nos últimos 14 dias Situação de risco (picado de serpente, ingestão de substância para autoextermínio, histórico de agressão, tentativa de evasão, “gatilho” próximo, escoltado, descarga elétrica, ferimento penetrante, incidente com óbito no local, ejeção de veículo, FAF, queda de nível maior de 1,5 a própria altura do envolvido, colisão automobilística acima de 60Km/h) Trauma nas costas com dispneia ocorrido nas últimas 12h	

Retorno aos Fluxogramas



COSTAS

AMARELA

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A	Inconsciência relatada ou amnésia nas últimas 24h
B	Sat. O ₂ : <95% em ar ambiente
C	PAD ≥ 120mmHg sem possível AVE/SCA/EAP Sangramento controlado com PAS: >80mmHg
D	Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário) <div data-bbox="890 712 1433 898" style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p align="center">Escala Visual Analógica - EVA</p> <p>Intensidade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Característica Sem dor</p> <p>Ação sobre atividades Pouco impacto Interrompe algumas Interrompe todas</p> <p>Fonte: CAMPOLINO (2019)</p> </div>
E	Temperatura entre 38,5 e 40,9°C
F	<p>Eliminações com sangue (excluído fluxo menstrual)</p> <p>Erupção que empalidece a digitopressão</p> <p>Limitação iniciada entre as últimas 12 e 24h (qualquer)</p> <p>Prurido com sinais</p> <p>Relato não justifica quadro (principalmente com vulneráveis)</p> <p>Retorno de viagem nos últimos 14 dias (independente de local)</p> <p>Trauma nas costas sem dispneia ocorrido nas últimas 12 e 24h</p> <p>Vomitando</p>

Retorno aos Fluxogramas



COSTAS

VERDE

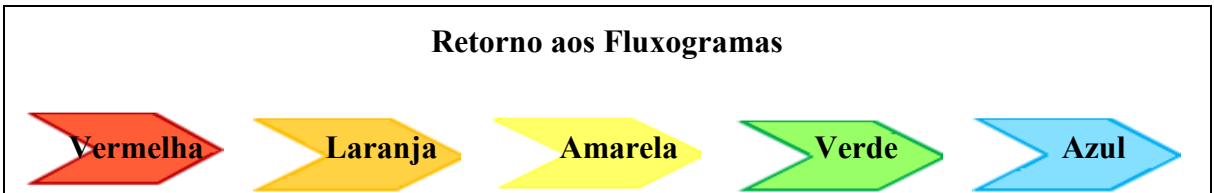
Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

D Dor de 1 a 4 na EVA (Associar nota com condição de usuário)

E Temperatura entre 37,5 e 38,4°C

F Inflamação local

- Limitação iniciada há mais de 24h (qualquer)
- Náusea ou Vômito
- Prurido sem sinais
- Retorno com exame em menos de 24h de usuário assintomático e/ou medicado
- Tontura
- Agressão (agredido ou agressor com atendimento pregressa por agressão)
- Doença mental (usuário assintomático com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento)



COSTAS**AZUL****Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade**

F Queixa relatada não observada
Retorno com exame de mais de 24h de usuário assintomático e/ou medicado
Solicitação de atestado/encaminhamento/receita/exame

Retorno aos Fluxogramas

EXTREMIDADE**VERMELHA**

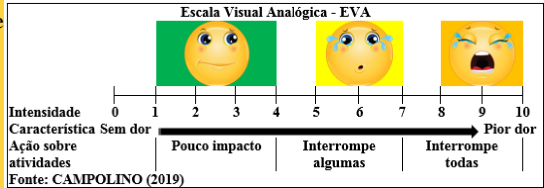
Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A	Inconsciência (ECG \leq 8) Convulsionando
B	Via aérea obstruída (estridor/sialorreia ou ausência de ventilação em 15 segundos)
C	Choque Sangramento incontrolável

Retorno aos Fluxogramas

EXTREMIDADE**LARANJA**

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

A Rebaixamento de Nível de Consciência	
B FR: ≤ 10 ou ≥ 22 Sat. O ₂ : $<95\%$ (com O ₂) ou $<92\%$ (em AA)	
C FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm PAD ≥ 120 mmHg + possível AVE/SCA/EAP Sangramento controlado com PAS ≤ 80 mmHg Comprometimento distal	
D Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário)	 <p>Dor em MMSS irradiada de tórax (qualquer intensidade)</p>
E Temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$	
F Erupção que não empalidece a digitopressão Fratura exposta Limitação iniciada nas últimas 12h (qualquer) Situação de risco (picado de serpente, histórico de agressão, tentativa de evasão, “gatilho” próximo, escoltado, descarga elétrica, ferimento penetrante, incidente com óbito no local, ejeção de veículo, FAF, queda de nível maior de 1,5 a própria altura do envolvido, colisão automobilística acima de 60Km/h)	

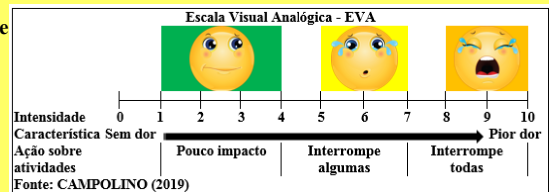
Retorno aos Fluxogramas



EXTREMIDADE**AMARELA**

Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade

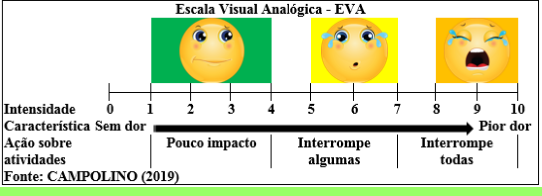
A	Inconsciência relatada ou amnésia nas últimas 24h
B	Sat. O ₂ : <95% em ar ambiente
C	PAD ≥ 120mmHg sem possível AVE/SCA/EAP Sangramento controlado com PAS >80mmHg
D	Dor de 5 a 7 na EVA (Associar nota com condição de usuário)
E	Temperatura entre 38,5 e 40,9°C
F	Erupção que empalidece a digitopressão Limitação iniciada entre as últimas 12 e 24h (qualquer) Prurido com sinais Relato não justifica quadro (principalmente com vulneráveis) Sinal de fratura Vomitando

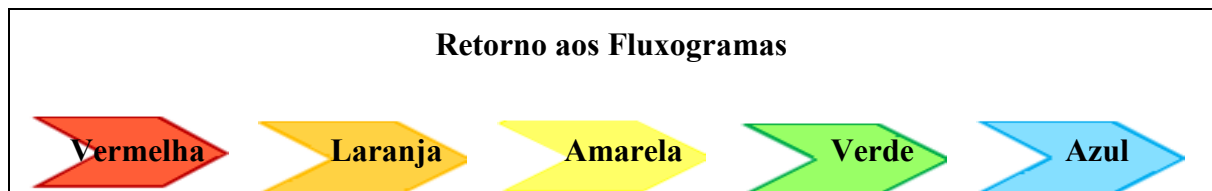


Retorno aos Fluxogramas



EXTREMIDADE**VERDE****Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade**

<p>D Dor de 1 a 4 na EVA (Associar nota com condição de usuário)</p>	
<p>E Temperatura entre 37,5 e 38,4°C</p>	
<p>F Inflamação local</p> <p>Limitação iniciada há mais de 24h (qualquer)</p> <p>Náusea ou Vômito</p> <p>Prurido sem sinais</p> <p>Retorno com exame em menos de 24h de usuário assintomático e/ou medicado</p> <p>Agressão (agredido ou agressor com atendimento pregressa por agressão)</p> <p>Doença mental (usuário assintomático com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento)</p>	



EXTREMIDADE**AZUL****Descritor confirmado ou não negado determina a prioridade**

F Queixa relatada não observada
Retorno com exame de mais de 24h de usuário assintomático e/ou medicado
Solicitação de atestado/ encaminhamento/receita/exame

Retorno aos Fluxogramas

4.7.3 Relação dos possíveis desfechos

Relação dos 466 possíveis desfechos, conforme localização topográfica anatômica e da queixa e/ou situação constatada pelo classificador, conforme tabela 6.

Tabela 4 - Distribuição dos desfechos conforme fluxograma e nível de prioridade
Prioridades

Fluxograma	Vermelha	Laranja	Amarela	Verde	Azul	Total
Cabeça	7	32	18	11	3	71
Pescoço	5	29	13	10	3	60
Tórax	5	31	19	9	3	67
Abdome	6	29	16	12	3	66
Pelve	7	33	17	15	3	75
Costas	5	25	14	10	3	57
Extremidades	5	26	12	9	3	55
Total	41	207	112	80	26	466

Fonte: Elaborada pelo autor deste trabalho (2019).

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Apresenta pontuação ≤ 8 na escala de coma de Glasgow

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Apresenta crise convulsiva constatada pelo classificador

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Apresenta via aérea obstruída e/ou ausência de ventilação durante 15 segundos

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Apresenta sinais clássicos de choque

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Cabeça
Descritor: Apresenta sangramento incontrolável
Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Cabeça
Descritor: Apresenta possível perfuração ocular
Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Cabeça
Descritor: Usuário com alteração de conduta e glicemia capilar inferior a 55mg/dL
Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Cabeça
Descritor: Usuário ou acompanhante comunica rebaixamento de nível de consciência nas últimas 24 horas
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça
Descritor: Constatado frequência respiratória ≤ 10 ou ≥ 22
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça
Descritor: Constatado saturação de O₂: $<95\%$ com suplementação ou $<92\%$ em ar ambiente
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça
Descritor: Constatado frequência cardíaca ≤ 60 ou ≥ 150 bpm
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Constatado pressão arterial diastólica $\geq 120\text{mmHg}$ com sinal de possível AVE, SCA ou EAP

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Constatado que o sangramento está controlado, mas PAS é $\leq 80\text{mmHg}$

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 8 a 10 o que parece condizer com situação

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Queixa-se de cefaleia de início há poucos minutos ou que tenha-o acordado

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Constatado temperatura $\geq 41^\circ\text{C}$

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta edema em face de início na última hora ou intensificado nesse período

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Apresenta erupção que não empalidece a digitopressão

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta sinal de fratura exposta e/ou de TCE

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário com alteração de conduta e glicemia capilar acima de 200mg/dL associado a cetoacidose

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Relata alguma limitação de início nas últimas 12 horas

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário e/ou acompanhante relata consumo de droga ilegal e/ou abuso de medicamentos

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário relata sensação de perigo iminente ou estar fora da realidade, medo de perda do controle, morte ou tragédia iminente ou dificuldade para ventilar, garganta fechando, calafrios, dor abdominal, torácica ou de cabeça ASSOCIADO a taquicardia / taquipneia, sudorese e tremores

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta associados: rigidez de nuca, fotofobia e cefaleia

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido picado de animal peçonhento

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido ingestão de substância para autoextermínio

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Agressor ou agredido apresenta alto risco para si ou outro, devido histórico de violência

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido tentativa de evasão

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido “gatilho” próximo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido estar escoltado

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido descarga elétrica

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ferimento penetrante

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – órbita no local

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ejeção de veículo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ferimento por arma de fogo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – queda de nível maior de 1,5 a própria altura

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – colisão automobilista acima de 60Km/h

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário informa trabalhar manuseando microrganismos patogênicos ou ter retornado nos últimos 14 dias de área endêmica

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta fuligem em narina e/ou sujeidade em mãos ou rosto, indicando proximidade de incêndio

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Relato de inconsciência na última hora ou não se lembra do que ocorreu nesse período

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Constatado saturação menor que 95% em ar ambiente

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Constatado pressão arterial diastólica ≥ 120 mmHg sem sinal indicativo de AVE, SCA ou EAP

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Constatado que o sangramento está controlado e pressão arterial sistólica está maior que 80mmHg

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 5 a 7 o que parece condizer com situação

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Queixa-se de dor em região temporal no momento da classificação

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Constatado temperatura entre 38,5 e 40,9°C

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Apesar de agitado usuário não apresenta taquicardia / taquipneia, sudorese e tremores, aparentemente, também não esboça desejo de evasão ou agressão e nem relata presença de “gatilho” próximo

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário apresenta sinais clássicos de embriaguez, seja na aparência; atitude; orientação; memória ou capacidade motora e verbal

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Relata ter apresentado eliminações com sangue nas últimas 12 horas

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Apresenta erupção que empalidece a digitopressão e cobre mais de 10% de área corporal

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário com alteração de conduta e glicemia capilar acima de 300mg/dL sem sinais de cetoacidose

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Relata alguma limitação de início entra as últimas 12 e 24 horas

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Queixa-se de prurido e apresenta sinais compatíveis no momento

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Relato apresentado não fecha com quadro observado

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Informa retorno de viagem, de qualquer destino, nos últimos 14 dias

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Apresenta sinal de fratura fechada

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Classificador observa episódio de vômito

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 1 a 4 o que parece condizer com situação

Prioridade: Verde

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Constatado temperatura entre 37,5 e 38,4°C

Prioridade: Verde

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Classificador constata sinais de inflamação local

Prioridade: Verde

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Relata alguma limitação de início há mais de 24 horas

Prioridade: Verde

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Queixa-se de náusea e/ou vômito não observado pelo classificador

Prioridade: Verde

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Queixa-se de prurido, porém não apresenta sinais compatíveis no momento

Prioridade: Verde

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Pessoa assintomática retorna para apresentar resultado de exame solicitado há menos de 24 horas

Prioridade: Verde

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Queixa-se de sensação de corpo estranho

Prioridade: Verde

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Queixa-se por estar tonto

Prioridade: Verde

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Agredido ou agressor com histórico de atendimento envolvendo violência interpessoal e no momento não há justificativa para maior priorização

Prioridade: Verde

Fluxograma: Cabeça

Descritor: Usuário assintomático no momento, porém com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento

Prioridade: Verde

Fluxograma: Cabeça**Descritor: Ausência de sinal que comprove queixa relatada****Prioridade: Azul****Fluxograma: Cabeça****Descritor: Pessoa assintomática retorna para apresentar resultado de exame solicitado há mais de 24 horas****Prioridade: Azul****Fluxograma: Cabeça****Descritor: Usuário assintomático, solicita atestado/encaminhamento/ receita/exame****Prioridade: Azul****Fluxograma: Pescoço****Descritor: Apresenta pontuação ≤ 8 na Escala de Coma de Glasgow****Prioridade: Vermelha****Fluxograma: Pescoço****Descritor: Apresenta crise convulsiva presenciada pelo classificador****Prioridade: Vermelha****Fluxograma: Pescoço****Descritor: Apresenta via aérea obstruída e/ou ausência de ventilação durante 15 segundos****Prioridade: Vermelha****Fluxograma: Pescoço****Descritor: Apresenta sinais clássicos de choque****Prioridade: Vermelha**

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Apresenta sangramento incontrolável
Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Usuário ou acompanhante comunica rebaixamento de nível de consciência nas últimas 24 horas
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Constatado frequência respiratória ≤ 10 ou ≥ 22
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Constatado saturação de O₂: $<95\%$ com suplementação ou $<92\%$ em ar ambiente
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Constatado frequência cardíaca ≤ 60 ou ≥ 150 bpm
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Constatado pressão arterial diastólica ≥ 120 mmHg com sinal de possível AVE, SCA ou EAP
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Constatado que o sangramento está controlado, mas pressão arterial sistólica é menor que 80mmHg
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 8 a 10 o que parece condizer com situação

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Constatado temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta edema em pescoço de início na última hora ou intensificado nesse período

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta suave abaulamento da pele e tumefação sonora à perfusão, sem alteração na pele que a cobre.

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Apresenta erupção que não empalidece a digitopressão

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta sinal de fratura e/ou de TCE

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Consta registro em prontuário ou usuário relata alguma imunossupressão

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Relata alguma limitação de início nas últimas 12 horas

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta associados: rigidez de nuca, fotofobia e cefaleia

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido picado de animal peçonhento

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido ingestão de substância para autoextermínio

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Agressor ou agredido apresenta alto risco para si ou outro, devido histórico de violência

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido tentativa de evasão

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido “gatilho” próximo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido estar escoltado

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido descarga elétrica

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ferimento penetrante

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – óbito no local

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ejeção de veículo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ferimento por arma de fogo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – queda de nível maior de 1,5 a própria altura

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – colisão automobilista acima de 60Km/h

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário informa trabalhar manuseando microrganismos patogênicos ou ter retornado nos últimos 14 dias de área endêmica

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Relato de inconsciência na última hora ou não se lembra do que ocorreu nesse período

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Constatado saturação < 95% em ar ambiente

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Constatado PAD \geq 120mmHg sem sinal indicativo de AVE, SCA ou EAP

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Constatado que o sangramento está controlado e PAS maior que 80mmHg

Prioridade: Amarela

Circulação ruim

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 5 a 7 o que parece condizer com situação

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Constatado temperatura entre 38,5 e 40,9°C

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Apresenta erupção que empalidece a digitopressão e cobre mais de 10% difusa

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Relata alguma limitação de início entra as últimas 12 e 24 horas

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Queixa-se de prurido e apresenta sinais compatíveis no momento

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Relato não fecha com quadro observado

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Informa retorno de viagem, de qualquer destino, nos últimos 14 dias

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pescoço

Descritor: Relata trauma direto no pescoço ou na cabeça no sentido céfalo-caudal nas últimas 24 horas

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Classificador observa episódio de vômito
Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 1 a 4 o que parece condizer com situação
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Constatado temperatura entre 37,5 e 38,4°C
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Classificador constatação de sinais de inflamação local
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Relata alguma limitação de início há mais de 24 horas
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Queixa-se de náusea e/ou vômito, porém classificador não observa indícios
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Queixa-se de prurido, porém não apresenta sinais compatíveis no momento
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Pessoa assintomática retorna para apresentar resultado de exame solicitado há menos de 24 horas
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Queixa-se por estar tonto
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Agredido ou agressor com histórico de atendimento envolvendo violência interpessoal e no momento não há justificativa para maior priorização
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Usuário assintomático no momento, porém com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Pessoa assintomática retorna para apresentar resultado de exame solicitado há mais de 24 horas
Prioridade: Azul

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Ausência de sinal que comprove queixa relata
Prioridade: Azul

Fluxograma: Pescoço
Descritor: Pessoa assintomática, solicita atestado/encaminhamento /receita/exames
Prioridade: Azul

Fluxograma: Tórax
Descritor: Apresenta pontuação ≤ 8 na Escala de Coma de Glasgow
Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Tórax
Descritor: Apresenta crise convulsiva presenciada pelo classificador
Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Tórax
Descritor: Apresenta via aérea obstruída e/ou ausência de ventilação durante 15 segundos
Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Tórax
Descritor: Apresenta sinais clássicos de choque
Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Tórax
Descritor: Apresenta sangramento incontrolável
Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Tórax
Descritor: Usuário ou acompanhante comunica rebaixamento de nível de consciência nas últimas 24 horas
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax
Descritor: Constatado frequência respiratória ≤ 10 ou ≥ 22
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax
Descritor: Constatado saturação de O₂: $<95\%$ com suplementação ou $<92\%$ em ar ambiente
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Constatado frequência cardíaca ≤ 60 ou ≥ 150 bpm

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Constatado pressão arterial diastólica ≥ 120 mmHg com sinal de possível AVE, SCA ou EPA

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Constatado que o sangramento está controlado, mas PAS é ≤ 80 mmHg

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 8 a 10 o que parece condizer com situação

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário refere dor retroesternal

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário refere dor na “boca do estômago” associada a náusea, sudorese e tontura

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Constatado temperatura $\geq 41^\circ\text{C}$

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário apresenta suave abaulamento da pele e tumefação sonora à perfusão, sem alteração na pele que a cobre

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Apresenta erupção que não empalidece a digitopressão

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário apresenta sinal de fratura exposta

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário e/ou acompanhante relata consumo de droga ilegal e/ou abuso de medicamentos

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário relata sensação de perigo iminente ou estar fora da realidade, medo de perda do controle, morte ou tragédia iminente ou dificuldade para ventilar, garganta fechando, calafrios, dor abdominal, torácica ou de cabeça ASSOCIADO a taquicardia / taquipneia, sudorese e tremores

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido picado de animal peçonhento

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido ingestão de substância para autoextermínio

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Agressor ou agredido apresenta alto risco para si ou outro, devido histórico de violência

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido tentativa de evasão

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido “gatilho” próximo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido estar escoltado

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido descarga elétrica

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ferimento penetrante

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – óbito no local

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ejeção de veículo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ferimento por arma de fogo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – queda de nível maior de 1,5 a própria altura

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – colisão automobilista acima de 60Km/h

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário informa trabalhar manuseando microrganismos patogênicos ou ter retornado nos últimos 14 dias de área endêmica

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Queixa de trauma torácico associado a dificuldade ventilatória nas últimas 24 horas

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário apresenta fuligem em narina e/ou sujidade em mãos ou rosto, indicando proximidade de incêndio

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Tórax

Descritor: Relato de inconsciência na última hora ou não se lembra do que ocorreu nesse período

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax

Descritor: Constatado saturação < 95% em ar ambiente

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax

Descritor: Constatado PAD \geq 120mmHg sem sinal indicativo de AVE, SCA ou EPA

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax

Descritor: Constatado que o sangramento está controlado e PAS é maior que 80mmHg

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 5 a 7 o que parece condizer com situação

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax

Descritor: Queixa-se de dor torácica atípica com irradiação

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax

Descritor: Queixa-se de dor que intensifica a ventilação

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax

Descritor: Constatado temperatura entre 38,5 e 40,9°C

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax

Descritor: Apesar de agitado usuário não apresenta taquicardia / taquipneia, sudorese e tremores, aparentemente, também não esboça desejo de evasão ou agressão e nem relata presença de “gatilho” próximo

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário informa que medicação prescrita para DPOC não lhe tira da crise

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax

Descritor: Relata ter apresentado eliminações com sangue nas últimas 12 horas

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax

Descritor: Apresenta erupção que empalidece a digitopressão e cobre mais de 10% difusa

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário informa ter permanecido em ambiente confinado com fumaça na última hora

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax

Descritor: Queixa-se de prurido e apresenta sinais compatíveis no momento

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax
Descritor: Relato não fecha com quadro observado
Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax
Descritor: Informa retorno de viagem, de qualquer destino, nos últimos 14 dias
Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax
Descritor: Apresenta sinal de fratura fechada
Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax
Descritor: Relata trauma torácico há menos de 24 horas e sem queixa de dificuldade ventilatória
Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax
Descritor: Classificador observa episódio de vômito
Prioridade: Amarela

Fluxograma: Tórax
Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 1 a 4 o que parece condizer com situação
Prioridade: Verde

Fluxograma: Tórax
Descritor: Constatado temperatura entre 37,5 e 38,4°C
Prioridade: Verde

Fluxograma: Tórax
Descritor: Classificador constata de sinais de inflamação local
Prioridade: Verde

Fluxograma: Tórax

Descritor: Queixa-se de náusea e/ou vômito não observado pelo classificador

Prioridade: Verde

Fluxograma: Tórax

Descritor: Queixa-se de prurido, porém não apresenta sinais compatíveis no momento

Prioridade: Verde

Fluxograma: Tórax

Descritor: Pessoa assintomática retorna para apresentar resultado de exame solicitado há menos de 24 horas

Prioridade: Verde

Fluxograma: Tórax

Descritor: Queixa-se por estar tonto

Prioridade: Verde

Fluxograma: Tórax

Descritor: Agredido ou agressor com histórico de atendimento envolvendo violência interpessoal e no momento não há justificativa para maior priorização

Prioridade: Verde

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário assintomático no momento, porém com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento

Prioridade: Verde

Fluxograma: Tórax

Descritor: Ausência de sinal que comprove queixa relatada

Prioridade: Azul

Fluxograma: Tórax

Descritor: Pessoa assintomática retorna para apresentar resultado de exame solicitado há mais de 24 horas

Prioridade: Azul

Fluxograma: Tórax

Descritor: Usuário assintomático, solicita atestado/encaminhamento/ receita/exame

Prioridade: Azul

Fluxograma: Abdome

Descritor: Apresenta pontuação ≤ 8 na Escala de Coma de Glasgow

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Abdome

Descritor: Apresenta crise convulsiva presenciada pelo classificador

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Abdome

Descritor: Apresenta via aérea obstruída e/ou ausência de ventilação durante 15 segundos

Prioridade: Vermelha

Choque

Fluxograma: Abdome

Descritor: Apresenta sinais clássicos de choque

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Abdome

Descritor: Apresenta sangramento incontrolável

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Abdome
Descritor: Classificador percebe exteriorização de vísceras
Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Abdome
Descritor: Usuário ou acompanhante comunica rebaixamento de nível de consciência nas últimas 24 horas
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome
Descritor: Constatado frequência respiratória ≤ 10 ou ≥ 22
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome
Descritor: Constatado saturação de O₂ $<95\%$ com suplementação ou $<92\%$ em ar ambiente
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome
Descritor: Constatado frequência cardíaca ≤ 60 ou ≥ 150 bpm
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome
Descritor: Constatado pressão arterial diastólica ≥ 120 mmHg com sinal indicativo de possível AVE, SCA ou EPA
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome
Descritor: Constatado que o sangramento está controlado, mas PAS é ≤ 80 mmHg
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 8 a 10 o que parece condizer com situação

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário refere dor abdominal irradiada para dorso

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário refere dor na “boca do estômago” associada a náusea, sudorese e tontura

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Constatado temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Apresenta erupção que não empalidece a digitopressão

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Relata alguma limitação de início nas últimas 12 horas

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário relata sensação de perigo iminente ou estar fora da realidade, medo de perda do controle, morte ou tragédia iminente ou dificuldade para ventilar, garganta fechando, calafrios, dor abdominal, torácica ou de cabeça ASSOCIADO a taquicardia / taquipneia, sudorese e tremores

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Informa já ter apresentado em algum momento da vida hemorragia digestiva

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido picado de animal peçonhento

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido ingesta de substância para autoextermínio

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Agressor ou agredido apresenta alto risco para si ou outro, devido histórico de violência

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido tentativa de evasão

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido “gatilho” próximo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido estar escoltado

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido descarga elétrica

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ferimento penetrante

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – óbito no local

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ejeção de veículo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ferimento por arma de fogo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – queda de nível maior de 1,5 a própria altura

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – colisão automobilista acima de 60Km/h

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Relata que nas últimas 12 horas sofreu trauma abdominal

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Gestante relata que nas últimas 12 horas sofreu trauma de impacto de queda

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Abdome

Descritor: Relato de inconsciência na última hora ou não se lembra do que ocorreu nesse período

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Abdome

Descritor: Constatado saturação menor que 95% em ar ambiente

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Abdome

Descritor: Constatado PAD \geq 120mmHg sem sinal indicativo de possível AVE, SCA ou EPA

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Abdome

Descritor: Constatado que o sangramento está controlado e PAS é maior que 80mmHg

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 5 a 7 o que parece condizer com situação

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Abdome

Descritor: Constatado temperatura entre 38,5 e 40,9°C

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Abdome

Descritor: Apesar de agitado usuário não apresenta taquicardia / taquipneia, sudorese e tremores, aparentemente, também não esboça desejo de evasão ou agressão e nem relata presença de “gatilho” próximo

Fluxograma: Abdome

Descritor: Classificador percebe sinais clássicos de desidratação

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Abdome

Descritor: Relata ter apresentado eliminações com sangue nas últimas 12 horas, excluído fluxo menstrual

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Abdome

Descritor: Apresenta erupção que empalidece a digitopressão e cobre mais de 10% difusa

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Abdome

Descritor: Relata alguma limitação de início entra as últimas 12 e 24 horas

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Abdome

Descritor: Queixa-se de prurido e apresenta sinais compatíveis no momento

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Abdome

Descritor: Relato não fecha com quadro observado

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Abdome

Descritor: Relata que entre as últimas 12 e 24 horas sofreu trauma abdominal

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Abdome

Descritor: Gestante relata que entre as últimas 12 e 24 horas sofreu trauma de impacto de queda

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Abdome

Descritor: Classificador observa episódio de vômito

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 1 a 4 o que parece condizer com situação

Prioridade: Verde

Fluxograma: Abdome

Descritor: Constatado temperatura entre 37,5 e 38,4°C

Prioridade: Verde

Fluxograma: Abdome

Descritor: Constatação de sinais de inflamação local

Prioridade: Verde

Fluxograma: Abdome

Descritor: Relata alguma limitação de início há mais de 24 horas

Prioridade: Verde

Fluxograma: Abdome

Descritor: Queixa-se de náusea e/ou vômito, porém classificador não observa indícios

Prioridade: Verde

Fluxograma: Abdome

Descritor: Queixa-se de prurido, porém não apresenta sinais compatíveis no momento

Prioridade: Verde

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário assintomático e/ou medicado retorna para apresentar resultado de exame solicitado há menos de 24 horas

Prioridade: Verde

Fluxograma: Abdome

Descritor: Queixa-se por estar tonto

Prioridade: Verde

Fluxograma: Abdome

Descritor: Relata trauma abdominal há mais de 24 horas

Prioridade: Verde

Fluxograma: Abdome

Descritor: Gestante relata trauma de impacto de queda há mais de 24 horas

Prioridade: Verde

Fluxograma: Abdome

Descritor: Agredido ou agressor com histórico de atendimento envolvendo violência interpessoal e no momento não há justificativa para maior priorização

Prioridade: Verde

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário assintomático no momento, porém com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento

Prioridade: Verde

Fluxograma: Abdome

Descritor: Ausência de sinal que comprove queixa relatada

Prioridade: Azul

Fluxograma: Abdome

Descritor: Pessoa assintomática retorna para apresentar resultado de exame solicitado há mais de 24 horas

Prioridade: Azul

Fluxograma: Abdome

Descritor: Usuário assintomático, solicita atestado/encaminhamento/ receita/exame

Prioridade: Azul

Fluxograma: Pelve

Descritor: Apresenta pontuação ≤ 8 na Escala de Coma de Glasgow

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Pelve

Descritor: Apresenta crise convulsiva presenciada pelo classificador

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Pelve

Descritor: Apresenta via aérea obstruída e/ou ausência de ventilação durante 15 segundos

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Pelve
Descritor: Apresenta sinais clássicos de choque
Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Pelve
Descritor: Apresenta sangramento incontrolável
Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Pelve
Descritor: Visualização de parte do feto e/ou cordão umbilical
Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Pelve
Descritor: Gestante com glicemia capilar inferior a 55mg/dL
Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Pelve
Descritor: Usuário ou acompanhante comunica rebaixamento de nível de consciência nas últimas 24 horas
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve
Descritor: Constatado frequência respiratória: ≤ 10 ou ≥ 22
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve
Descritor: Constatado saturação de O₂ <95% com suplementação ou <92% em ar ambiente
Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Constatado frequência cardíaca ≤ 60 ou ≥ 150 bpm

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Constatado pressão arterial diastólica ≥ 120 mmHg com sinal indicativo de possível AVE, SCA ou EPA

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Constatado que o sangramento está controlado, mas PAS é ≤ 80 mmHg

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 8 a 10 o que parece condizer com situação

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário queixa-se de dor em testículo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Constatado temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Apresenta erupção que não empalidece a digitopressão

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Relata alguma limitação de início nas últimas 12 horas

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Gestante com perda de líquido verde pela vagina

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário relata sensação de perigo iminente ou estar fora da realidade, medo de perda do controle, morte ou tragédia iminente ou dificuldade para ventilar, garganta fechando, calafrios, dor abdominal, torácica ou de cabeça ASSOCIADO a taquicardia / taquipneia, sudorese e tremores

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário apresenta ereção peniana involuntária

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário informa relação sexual sem consentimento

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Informa já ter apresentado em algum momento da vida hemorragia digestiva

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Gestante com IG maior que 20 semanas relatando sangramento vaginal

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido picado de animal peçonhento

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido ingestão de substância para autoextermínio

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Agressor ou agredido apresenta alto risco para si ou outro, devido histórico de violência

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido tentativa de evasão

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido “gatilho” próximo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido estar escoltado

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido descarga elétrica

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ferimento penetrante

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – óbito no local

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ejeção de veículo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ferimento por arma de fogo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – queda de nível maior de 1,5 a própria altura

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – colisão automobilista acima de 60Km/h

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Gestante relata que nas últimas 12 horas sofreu trauma de impacto de queda

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Relata que nas últimas 12 horas sofreu trauma pélvico

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Virilha e/ou bolsa escrotal enegrecida ou como se tivesse sofrido queimadura

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Pelve

Descritor: Relato de inconsciência na última hora ou não se lembra do que ocorreu nesse período

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Constatado saturação menor que 95% em ar ambiente

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Constatado pressão arterial ≥ 120 mmHg sem sinal indicativo de possível AVE, SCA ou EPA

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Constatado que o sangramento está controlado e PAS maior que 80mmHg

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 5 a 7 o que parece condizer com situação

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Constatado temperatura entre 38,5 e 40,9°C

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Apesar de agitada gestante não apresenta taquicardia / taquipneia, sudorese e tremores, aparentemente, também não esboça desejo de evasão ou agressão e nem relata presença de “gatilho” próximo

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário apresenta edema e rubor em bolsa escrotal

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Relata ter apresentado eliminações com sangue nas últimas 12 horas, excluído fluxo menstrual

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Apresenta erupção que empalidece a digitopressão e cobre mais de 10% difusa

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Relata alguma limitação de início entra as últimas 12 e 24 horas

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Queixa-se de prurido e apresenta sinais compatíveis no momento

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Relato de relação sexual consentida e desprotegida ocorrida nas últimas 72 horas, com indicação de PEP

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Relato não fecha com quadro observado

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Gestante relata qualquer trauma de impacto de queda entre as últimas 12 e 24 horas

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Relata trauma pélvico ocorrido entre as últimas 12 e 24 horas

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Classificador observa episódio de vômito

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Pelve

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 1 a 4 o que parece condizer com situação

Prioridade: Verde

Fluxograma: Pelve

Descritor: Constatado temperatura entre 37,5 e 38,4°C

Prioridade: Verde

Fluxograma: Pelve
Descritor: Informa alteração menstrual
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pelve
Descritor: Constatação de sinais de inflamação local
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pelve
Descritor: Relata alguma limitação de início há mais de 24 horas
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pelve
Descritor: Queixa-se de náusea e/ou vômito, porém classificador não observa indícios
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pelve
Descritor: Queixa-se de prurido, porém não apresenta sinais compatíveis no momento
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pelve
Descritor: Relato de relação sexual consentida e desprotegida ocorrida há mais de 72 horas
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pelve
Descritor: Pessoa assintomática retorna para apresentar resultado de exame solicitado há menos de 24 horas
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pelve
Descritor: Queixa-se de estar tonto
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pelve
Descritor: Gestante relata trauma de impacto de queda há mais de 24 horas
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pelve
Descritor: Relata trauma pélvico há mais de 24 horas
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pelve
Descritor: Agredido ou agressor com histórico de atendimento envolvendo violência interpessoal e no momento não há justificativa para maior priorização
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pelve
Descritor: Usuário assintomático no momento, porém com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento
Prioridade: Verde

Fluxograma: Pelve
Descritor: Ausência de sinal que comprove queixa relata
Prioridade: Azul

Fluxograma: Pelve
Descritor: Pessoa assintomática retorna para apresentar resultado de exame solicitado há mais de 24 horas
Prioridade: Azul

Fluxograma: Pelve**Descritor: Usuário assintomático, solicita atestado/encaminhamento/ receita/exame****Prioridade: Azul****Fluxograma: Costas****Descritor: Apresenta pontuação ≤ 8 na Escala de Coma de Glasgow****Prioridade: Vermelha****Fluxograma: Costas****Descritor: Apresenta crise convulsiva presenciada pelo classificador****Prioridade: Vermelha****Fluxograma: Costas****Descritor: Apresenta via aérea obstruída e/ou ausência de ventilação durante 15 segundos****Prioridade: Vermelha****Fluxograma: Costas****Descritor: Apresenta sinais clássicos de choque****Prioridade: Vermelha****Fluxograma: Costas****Descritor: Apresenta sangramento incontrolável****Prioridade: Vermelha****Fluxograma: Costas****Descritor: Usuário ou acompanhante comunica rebaixamento de nível de consciência nas últimas 24 horas****Prioridade: Laranja**

Fluxograma: Costas

Descritor: Constatado frequência respiratória: ≤ 10 ou ≥ 22

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Constatado saturação de O₂: $<95\%$ com suplementação ou $<92\%$ em ar ambiente

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Constatado pressão arterial diastólica $\geq 120\text{mmHg}$ com sinal indicativo de possível EVE, SCA, EPA

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Constatado frequência cardíaca ≤ 60 ou ≥ 150 bpm

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Constatado que o sangramento está controlado, mas PAS é $\leq 80\text{mmHg}$

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 8 a 10 o que parece condizer com situação

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Constatado temperatura $\geq 41^\circ\text{C}$

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Apresenta erupção que não empalidece a digitopressão

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Relata alguma limitação de início nas últimas 12 horas

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário informa trabalhar manuseando microrganismos patogênicos ou ter retornado nos últimos 14 dias de área endêmica

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido picado de animal peçonhento

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido ingestão de substância para autoextermínio

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Agressor ou agredido apresenta alto risco para si ou outro, devido histórico de violência

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido tentativa de evasão

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido “gatilho” próximo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido estar escoltado

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido descarga elétrica

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ferimento penetrante

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – óbito no local

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ejeção de veículo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ferimento por arma de fogo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Costas**Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – queda de nível maior de 1,5 a própria altura****Prioridade: Laranja****Fluxograma: Costas****Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – colisão automobilista acima de 60Km/h****Prioridade: Laranja****Fluxograma: Costas****Descritor: Relata trauma direto nas costas ou na cabeça no sentido céfalo-caudal nas últimas 24 horas associado a dificuldade ventilatória****Prioridade: Laranja****Fluxograma: Costas****Descritor: Relato de inconsciência na última hora ou não se lembra do que ocorreu nesse período****Prioridade: Amarela****Fluxograma: Costas****Descritor: Constatado saturação menor que 95% em ar ambiente****Prioridade: Amarela****Fluxograma: Costas****Descritor: Constatado pressão arterial diastólica ≥ 120 mmHg sem sinal indicativo de AVE, SCA ou EPA****Prioridade: Amarela****Fluxograma: Costas****Descritor: Constatado que o sangramento está controlado e PAS maior que 80mmHg****Prioridade: Amarela**

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 5 a 7 o que parece condizer com situação

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Costas

Descritor: Constatado temperatura entre 38,5 e 40,9°C

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Costas

Descritor: Relata ter apresentado eliminações com sangue nas últimas 12 horas, excluído fluxo menstrual

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Costas

Descritor: Apresenta erupção que empalidece a digitopressão e cobre mais de 10% difusa

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Costas

Descritor: Relata alguma limitação de início entra as últimas 12 e 24 horas

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Costas

Descritor: Queixa-se de prurido e apresenta sinais compatíveis no momento

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Costas

Descritor: Relato não fecha com quadro observado

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Costas

Descritor: Informa retorno de viagem, de qualquer destino, nos últimos 14 dias

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Costas

Descritor: Relata trauma direto nas costas ou na cabeça no sentido céfalo-caudal nas últimas 24 horas não associado a dificuldade ventilatória

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Costas

Descritor: Classificador observa episódio de vômito

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 1 a 4 o que parece condizer com situação

Prioridade: Verde

Fluxograma: Costas

Descritor: Constatado temperatura entre 37,5 e 38,4°C

Prioridade: Verde

Fluxograma: Costas

Descritor: Constatação de sinais de inflamação local

Prioridade: Verde

Fluxograma: Costas

Descritor: Relata alguma limitação de início há mais de 24 horas

Prioridade: Verde

Fluxograma: Costas

Descritor: Queixa-se de náusea e/ou vômito, porém classificador não observa indícios

Prioridade: Verde

Fluxograma: Costas

Descritor: Queixa-se de prurido, porém não apresenta sinais compatíveis no momento

Prioridade: Verde

Fluxograma: Costas

Descritor: Pessoa assintomática retorna para apresentar resultado de exame solicitado há menos de 24 horas

Prioridade: Verde

Fluxograma: Costas

Descritor: Queixa-se de estar tonto

Prioridade: Verde

Fluxograma: Costas

Descritor: Agredido ou agressor com histórico de atendimento envolvendo violência interpessoal e no momento não há justificativa para maior priorização

Prioridade: Verde

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário assintomático no momento, porém com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento

Prioridade: Verde

Fluxograma: Costas

Descritor: Ausência de sinal que comprove queixa relatada

Prioridade: Azul

Fluxograma: Costas

Descritor: Pessoa assintomática retorna para apresentar resultado de exame solicitado há mais de 24 horas

Prioridade: Azul

Fluxograma: Costas

Descritor: Usuário assintomático, solicita atestado/encaminhamento/ receita/exame

Prioridade: Azul

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Apresenta pontuação ≤ 8 na Escala de Coma de Glasgow

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Apresenta crise convulsiva presenciada pelo classificador

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Apresenta via aérea obstruída e/ou ausência de ventilação durante 15 segundos

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Apresenta sinais clássicos de choque

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Apresenta sangramento incontrolável

Prioridade: Vermelha

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Usuário ou acompanhante comunica rebaixamento de nível de consciência nas últimas 24 horas

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Extremidade**Descritor: Constatado frequência respiratória ≤ 10 ou ≥ 22** **Prioridade: Laranja****Fluxograma: Extremidade****Descritor: Constatado saturação de O₂: $<95\%$ com suplementação ou $<92\%$ em ar ambiente****Prioridade: Laranja****Fluxograma: Extremidade****Descritor: Constatado frequência cardíaca ≤ 60 ou ≥ 150 bpm****Prioridade: Laranja****Fluxograma: Extremidade****Descritor: Constatado pressão arterial diastólica ≥ 120 mmHg com sinal indicativo de possível AVE, SCA ou EPA****Prioridade: Laranja****Fluxograma: Extremidade****Descritor: Constatado que o sangramento está controlado, mas PAS é ≤ 80 mmHg****Prioridade: Laranja****Fluxograma: Extremidade****Descritor: Usuário com lesão em extremidade apresenta comprometimento vascular distal no membro afetado****Prioridade: Laranja****Fluxograma: Extremidade****Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 8 a 10 o que parece condizer com situação****Prioridade: Laranja**

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Usuário refere que dor em membro superior é irradiada de tórax

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Constatado temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Apresenta erupção que não empalidece a digitopressão

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Usuário apresenta sinal de fratura exposta

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Relata alguma limitação de início nas últimas 12 horas

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido picado de animal peçonhento

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido ingestão de substância para autoextermínio

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Agressor ou agredido apresenta alto risco para si ou outro, devido histórico de violência

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido tentativa de evasão

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido “gatilho” próximo

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Usuário apresenta alto risco para si ou outro, devido estar escoltado

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido descarga elétrica

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ferimento penetrante

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – óbito no local

Prioridade: Laranja

Fluxograma: Extremidade**Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ejeção de veículo****Prioridade: Laranja****Fluxograma: Extremidade****Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – ferimento por arma de fogo****Prioridade: Laranja****Fluxograma: Extremidade****Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – queda de nível maior de 1,5 a própria altura****Prioridade: Laranja****Fluxograma: Extremidade****Descritor: Usuário apresenta alto risco devido cinemática importante – colisão automobilista acima de 60Km/h****Prioridade: Laranja****Fluxograma: Extremidade****Descritor: Relato de inconsciência na última hora ou não se lembra do que ocorreu nesse período****Prioridade: Amarela****Fluxograma: Extremidade****Descritor: Constatado saturação menor que 95% em ar ambiente****Prioridade: Amarela****Fluxograma: Extremidade****Descritor: Constatado PAD \geq 120mmHg sem sinal indicativo de possível AVE, SCA ou EPA****Prioridade: Amarela**

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Constatado que o sangramento está controlado e PAS maior que 80mmHg

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 5 a 7 o que parece condizer com situação

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Constatado temperatura entre 38,5 e 40,9°C

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Apresenta erupção que empalidece a digitopressão e cobre mais de 10% difusa

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Relata alguma limitação de início entra as últimas 12 e 24 horas

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Queixa-se de prurido e apresenta sinais compatíveis no momento

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Relato não fecha com quadro observado

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Extremidade

Descritor: Apresenta sinal de fratura fechada

Prioridade: Amarela

Fluxograma: Extremidade
Descritor: Classificador observa episódio de vômito
Prioridade: Amarela

Fluxograma: Extremidade
Descritor: Usuário autoavalia dor com valor de 1 a 4 o que parece condizer com situação
Prioridade: Verde

Fluxograma: Extremidade
Descritor: Constatado temperatura entre 37,5 e 38,4°C
Prioridade: Verde

Fluxograma: Extremidade
Descritor: Constatação de sinais de inflamação local
Prioridade: Verde

Fluxograma: Extremidade
Descritor: Relata alguma limitação de início há mais de 24 horas
Prioridade: Verde

Fluxograma: Extremidade
Descritor: Queixa-se de náusea e/ou vômito, porém classificador não observa indícios
Prioridade: Verde

Fluxograma: Extremidade
Descritor: Queixa-se de prurido, porém não apresenta sinais compatíveis no momento
Prioridade: Verde

Fluxograma: Extremidade**Descritor: Pessoa assintomática retorna para apresentar resultado de exame solicitado há menos de 24 horas****Prioridade: Verde****Fluxograma: Extremidades****Descritor: Agredido ou agressor com histórico de atendimento envolvendo violência interpessoal e no momento não há justificativa para maior priorização****Prioridade: Verde****Fluxograma: Extremidades****Descritor: Usuário assintomático no momento, porém com registro de algum sofrimento mental e que já tenha apresentado alteração de comportamento enquanto aguardava atendimento em outro momento****Prioridade: Verde****Fluxograma: Extremidade****Descritor: Ausência de sinal que comprove queixa relata****Prioridade: Azul****Fluxograma: Extremidade****Descritor: Pessoa assintomática retorna para apresentar resultado de exame solicitado há mais de 24 horas****Prioridade: Azul****Fluxograma: Extremidade****Descritor: Usuário assintomático, solicita atestado/encaminhamento/ receita/exame****Prioridade: Azul**

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Acolhimento com Classificação de Risco é o resultado do comprometimento da instituição e do profissional de saúde, que visa garantir atendimento a todos, priorizando os que tenham maior urgência no cuidado. Deve ser realizado com base em protocolos, a fim de promover a classificação justa e adequada, resguardando usuário e profissionais. Esses protocolos devem organizar o fluxo de atendimento nas emergências e considerar as particularidades e o contexto específico de cada serviço.

O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para as Unidades de Pronto Atendimento apresenta benefícios para profissionais e usuários, sendo recomendado por diversos autores. Esta dissertação propôs um protocolo que foi validado pelos profissionais de enfermagem das UPAs de um município da Região Sul do País, onde não existe um protocolo estabelecido em suas três unidades.

A partir de uma proposta iniciada em meados de 2018, esta pesquisa construiu um protocolo para as UPAs, validando-o com dezenove enfermeiros de duas unidades gerenciadas pelo município, já que a terceira é gerenciada por uma Organização Social. Esses profissionais citaram vantagens, desvantagens, potencialidades, fragilidades e sugestões de melhorias ao protocolo. Algumas recomendações foram acolhidas e outras foram indicadas à Secretaria Municipal de Saúde.

A atuação dos enfermeiros participantes dessa pesquisa foi de grande acuidade, pois são eles que ouvem a queixa, identificam riscos e vulnerabilidades e, com base em seus conhecimentos e respaldados por um protocolo construído coletivamente, julgarão a necessidade de cada usuário em receber um atendimento emergencial ou não.

Entre as limitações encontradas para a entrevista, observou-se que a realização dessas nos consultórios nos locais de trabalho dos participantes resultou na interrupção de algumas, o que pode ter conduzido a perdas no discurso ou ainda à quebra do raciocínio que vinha sendo desenvolvido.

Os 19 participantes da pesquisa compõem o quadro da PMF, cumprindo carga horária de 40 horas (21%) e 30 horas (79%), estando lotados nas UPA A e B e em CS, de onde saem para cobrir escala em ambas Unidades, mediante hora plantão. Vários desses profissionais estão vinculados às Unidades de Emergência desde a fundação destas, o que eleva a importância da participação na pesquisa, pois pressupõe-se uma avaliação mais crítica e madura.

A maioria dos participantes é do sexo feminino. Observou-se que todos entrevistados, possuem nível de escolaridade acima do que exige a prefeitura, tendo alguns inclusive dupla graduação, e outros título de mestre. A média de idade foi de 39,3 anos, e no geral o início da vida acadêmica ocorreu aos 23,5 anos, entre os anos 1990 e 2013.

Quando questionados sobre quais funções e atividades percebem-se realizando enquanto enfermeiros nas UPAs, 15,8% citaram Acolhimento com Classificação de Risco, 21% apenas Acolhimento e 52,6% Classificação de Risco, sendo que dentro desse último grupo 40% informaram apenas essa função. A maioria vê-se como supervisor, alguns percebem-se realizando atividades burocráticas e outros executando procedimentos práticos privativos do enfermeiro, e um número reduzido cita a execução de procedimentos simples.

Para a maioria dos enfermeiros, o Acolhimento nas UPA é pontual e centralizado em alguns profissionais que determinam o fluxo na Unidade, e, para outros, limita-se apenas à aferição de sinais vitais. Tal pensamento não propicia a responsabilização mútua e nem produz vínculo entre serviços, trabalhadores e usuários.

Os entrevistados apresentam dificuldade em compreender os termos Triagem e Classificação de Risco. Para alguns, são sinônimos, e para outros triagem representa exclusão de atendimento, o que levou um participante a admitir que desconhece quem pode excluir usuário de atendimento médico, enquanto outro entendia que o técnico pode tomar tal responsabilidade. Para alguns, triagem constitui-se, de uma forma “grosseira”, em separação, devendo ser realizada pela recepção quando essa insere o usuário na agenda por especialidade.

Apesar dessa divergência em relação ao entendimento de quais profissionais legalmente são habilitados para classificar o risco, para todos entrevistados classificar o risco é priorizar o atendimento devido ao quadro apresentado pelo usuário, e não pela ordem de chegada a Unidade.

Sete dos enfermeiros classificadores admitem desconhecer algum Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco. Outros informaram conhecer: Manchester; Belo Horizonte; Santa Catarina; UPA; Ministério da Saúde e Outros. Apesar de o Protocolo de Manchester ter sido citado pela maioria dos entrevistados, durante o transcorrer da entrevista alguns confessaram ter apenas ouvido a respeito. Já com relação ao protocolo tido como UPA, foi unânime que nessa Instituição não há protocolo instituído, o que ensejou essa pesquisa.

Dentre as inferências dos participantes sobre as vantagens aos enfermeiros, usuários e município, potencialidades, fragilidades e sugestões ao Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, a com menor divergência de opiniões foi relativa às vantagens ao

profissional quando da implantação de um Protocolo, provavelmente pela vivência dos entrevistados. Os termos foram agrupados em Padronização; Segurança; Justiça; Qualificação e Organização.

Quanto aos usuários, aflora como principal vantagem a segurança, quando determina, com base científica, que o atendimento não é por ordem de chegada, mas sim por necessidade clínica. Alertam também que o usuário tem papel decisivo no tempo de espera pelo atendimento médico: ao desconsiderar os Centros de Saúde como locais corretos para atendimento dos quadros não emergenciais, eles sobrecarregam a UPA.

As potencialidades da proposta foram aglutinadas em: Característica levantada; Segurança para o profissional; Agilização do trabalho; Parâmetro para sinais vitais expostos; Facilidade em utilizar; Possibilidade de colocação dentro do prontuário eletrônico do usuário; Segurança para o usuário; Balizador da prática; Escala virtual analógica dentro de cada fluxograma; Formato digital disponível da proposta; Possibilidade de melhoria constante; Utilidade; Inovação; Configuração por topografia anatômica; Construção coletiva; Sonho antigo; Método mnemônico ABCDEF; Possibilidade de transitar dentro do fluxograma; Rapidez; Atualização frequente.

Com relação às fragilidades do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco apresentado, os entrevistados expressaram os seguintes pontos: Engessamento do enfermeiro classificador; Subjetividade da dor informada pelo usuário; Necessidade de descrever os qualificadores; Tempo para uso e adaptações; Tendência de aumentar a prioridade da maioria dos usuários; Fundamento do protocolo na topografia anatômica; Priorização daqueles que por características intrínsecas seja idade, condição de saúde, social, já possuem preferência; Ausência de qualificadores para situações específicas como sutura, parotidite, de torcicolo e alteração de fluxo menstrual; Usuário com diversas queixas; Quantidade de cliques para registrar informações; Ausência de protocolos de enfermagem da atenção primária e Usuário relata uma história no ACCR e depois para o médico informa outro problema menos grave.

Dentre as sugestões de melhoria à proposta apresentada, as que dependiam de alterações no projeto foram implementadas; as que estão condicionadas ao fluxo nas Unidades de emergência ou vinculadas a outros setores da Secretária de Saúde, como Informática e Atenção Básica de Saúde, foram apresentadas à SMS quando da disponibilização desse trabalho.

Dentre as dezenas de melhorias atendidas estão: Diminuir número de cliques necessário para mudar de prioridade; Valorizar alguns pontos e cuidar para não supervalorizar

outros; Permitir “caminhar” livremente pelas prioridades; Incluir item que atendesse a demanda por sutura, alteração de fluxo menstrual, dentre outros, além de detalhamento de outros considerados pouco evidentes e/ou explícitos como nível de dor, em que, para diminuir a insegurança com relação ao uso da escala visual analógica para aferir dor, inclui-se a descrição da limitação de atividades relacionada a cada um dos três níveis de dor.

Com relação à inclusão de patologias, o CFM proíbe protocolos usados por enfermeiros com diagnósticos, e quando se define uma patologia, indiretamente se realiza um diagnóstico médico.

Sobre as sugestões de melhoria dependentes da Secretaria, podem-se citar: em caso de implantação da proposta, mantê-la aberta para sugestões, considerado que o uso diário proporcionará dúvidas e propostas de melhoria; Implantar o modelo, conforme proposta construída coletivamente, nas UPAs municipais, até mesmo naquela em que os enfermeiros não participaram da pesquisa, por ter sido inaugurada após a aprovação no Comitê de Ética, a fim de padronizar os critérios de priorização entre as Unidades de Pronto Atendimento do mesmo município. Capacitar todos os enfermeiros, incluídos os da Atenção Básica que realizam hora plantão nas UPA, para a realização da classificação de risco e, dessa forma, melhorar a efetividade do protocolo, e, por fim, incorporar a proposta dentro do prontuário eletrônico – pois entende-se que de tal forma se melhorará ainda mais o resultado e se garantirá a intensificação de uso do protocolo, o que conduzirá a descoberta de possíveis inconsistências e/ou dificuldades, as quais poderão ser corrigidas para adequá-lo à realidade. Há, ainda, priorização de idosos dentro de sua classificação; Inclusão de protocolos de enfermagem da rede da PMF e Layout do protocolo.

Por último, houve a impossibilidade do atendimento da solicitação de liberdade de edição do texto final da classificação (Fluxograma, Descritor e Prioridade), pois, como bem destacado pela maioria dos participantes da pesquisa, uma das características de um Protocolo de Classificação de risco é justamente minimizar as discrepâncias advindas da subjetividade de interpretações individuais, sendo essa a característica que garante segurança ao profissional e usuário.

Tal produto balizará, com segurança, o tempo de espera do usuário até a classificação de risco e, principalmente, até o atendimento médico; respaldará legalmente o classificador em sua função de acolher e classificar; e fortalecerá o posicionamento estratégico das UPA para a saúde pública do município, beneficiando, assim, a sociedade.

O trabalho evidenciou situações em que a educação continuada poderia oportunizar aos trabalhadores crescimento, resolução de conflitos, e propiciar a participação na gestão. No

entanto, são necessárias pesquisas mais profunda com objetivo de aumentar o conhecimento de um serviço relativamente recente, e com incipiente fonte científica.

As entrevistas comprovaram que os enfermeiros sabem da importância do Protocolo para os profissionais e para os usuários, porém, na subcategoria gestão, carecem de conhecimento. Portanto, sugere-se alguma forma de educação permanente nessa área. Por ser um processo contemporâneo, recomenda-se acompanhamento para a efetiva implantação do protocolo, identificando as resistências, os pontos positivos e aqueles a melhorar.

Como estudos futuros, propõe-se apresentar os resultados da implantação para os profissionais de saúde, para os usuários e acompanhantes, e para o município, buscando compreender as necessidades sob o olhar desses personagens, contribuindo desse modo para a melhoria do atendimento à saúde da população nas UPAs. Pode-se realizar também uma pesquisa comparativa entre as UPAs A e B, participantes desse trabalho, e a UPA Continente, na implantação e nos resultados do protocolo, já que a UPA Continente é administrada por uma Organização de Serviço e os enfermeiros não são servidores públicos. Por fim, indica-se estudos sobre o protocolo de ACCR desenvolvido e implantado nas UPAs, tanto com foco nos profissionais quanto nos usuários, porque os resultados advindos dessas pesquisas poderão fundamentar o (re)planejamento do dispositivo, de forma a favorecer a humanização e a qualidade do cuidado.

Se a Secretaria Municipal de Saúde entender válida a implantação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco nas UPAs, o pesquisador assume o compromisso de:

- a) Sistemáticamente acompanhar, monitorar e avaliar as ações para melhorias e correções que se façam necessárias;
- b) Capacitar, para o primeiro atendimento, todos os profissionais que atuam na Unidade, inclusive aqueles que não são da área da saúde, como exemplos administrativos; vigilantes e zeladoria;
- c) Promover o uso das tecnologias de classificação de risco junto aos enfermeiros, entendido como o protocolo criado, e junto à secretaria de saúde a sugestões de alterações no Celk.

REFERÊNCIAS

ALVIM, N. A. T. Pesquisa convergente assistencial enfermagem – possibilidades para inovações tecnológicas. Escola Anna Nery vol.21 no.2 Rio de Janeiro 2017 Epub Apr 27, 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170041>

BARROS, M.E.B.de; et al. O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 1, p.1107-1117, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501107&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 12 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0238>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 out. 2003. p. 56.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.042, de 19 de dezembro de 2008. Estabelece recurso anual a serem incorporados ao teto financeiro anual de média e alta complexidade do Estado de Minas Gerais e Município de Belo Horizonte. Diário Oficial da União - Seção I - 22 dez. 2008. p. 251, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília - DF: Editora do Ministério da saúde, 2009. 56 p.: il. color. – (série B. textos Básicos de saúde). ISBN 978-85-334-1583-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de identidade visual: Rede de Atenção à Urgência – versão 1.0/abr. 2012a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 27 dez. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 423, de 4 de abril de 2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de classificação de risco. Diário Oficial da União, Brasília, 11 abri. 2012b. Seção 1, p. 195-196.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Acolhimento com Classificação de Risco. V1.01 Novembro de 2012c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-01.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2079 de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 set. 2014a. Seção 1, p. 81-82

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395/GM de 03 de julho de 2014. Qualifica Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h, Sul da Ilha, Porte III) do Município de Florianópolis (SC), componente do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Diário Oficial da União nº 126, Brasília, DF. Seção 1, 04 jul. 2014c. p. 107.

BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina COREN-SC. Parecer COREN/SC nº 009/CT/2015/PT Assunto: Acolhimento com Classificação de Risco. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-009-2015-Acolhimento-com-Classifica%C3%A7ao-de-Risco-CT-Alta-e-M%C3%A9dia-Complexidade.pdf>. Acesso em: 16 set 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº3, de 28 de setembro de 2017. Ementa: Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Seção I. Suplemento ao Nº- 190. Brasília - DF, 3 de outubro de 2017. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/guest/inicio> Acesso em: 01 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNESNet/Consulta/Tipos de Estabelecimentos. 2019. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=42&VMun=420540&VComp=00&VUni=. Acesso em: 15 ago. 2019.

CAMPOS, J; SOUZA, V.S. A percepção dos usuários dos serviços de urgência e emergência em relação à classificação de risco pelo protocolo de Manchester. Revista Unimontes Científica. Montes Claros, v. 16, n.1, p.17-25 - jan./jun. 2014.

CAMPOS, T.S. et al. Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 33, 2020.

COOPUS. PROTOCOLO DE MANCHESTER Referenciado pela Coopus para orientação de cobertura em Pronto Atendimento e Pronto Socorro. Disponível em: http://coopus.com.br/site/upload/Protocolo_Manchester.pdf. Acesso em: 30 de set. 2018.

DA SILVA, L.M.N. et al. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE: estudo em Unidade de Pronto Atendimento de Fortaleza. Revista de Políticas Públicas, v. 23, n. 1, p. 303-322, 2019.

DE SOUZA, C.C. Atuação do enfermeiro na classificação de risco em serviços de urgência e emergência e a segurança do paciente. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v. 7, 2017.

DOS SANTOS QUARESMA, A.; XAVIER, D.M.; CEZAR-VAZ, M.R. O papel do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. Revista Enfermagem Atual InDerme, v. 87, n. Edição Esp, 2019.

FREITAS, R.J.M.de; et al. A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de Acolhimento com Classificação de Risco. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(3):e62119. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.62119>.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health*, v.10, ed 1, p.1-11, 1987. Disponível em: doi:10.1002/nur.4770100103. Acesso em: 30 dez. 2019.

GODOI, C.K. Grupo de discussão como prática de pesquisa em estudos organizacionais. *Revista. Administração de Empresas*. [online]. 2015, vol.55, n.6, pp.632-644. ISSN 0034-7590. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020150603>.

GONÇALVES, A.V.F; BIERHALS, C.C.K; PASKULIN, L.M.G. Acolhimento com classificação de risco no setor de emergência na perspectiva de idosos. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 14-20, setembro de 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 dez. 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.52422>.

GOOGLE. Google Maps. 2019. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps>. Acessado em: 30 set. 2019.

HERMIDA, P.M.V. et al. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. *Revista Escola Enfermagem USP*, São Paulo, v. 52, e03318, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100400&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 dez. 2019. Epub Apr 12, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017001303318>.

HERMIDA, P.M.V. et al. Responsividade do acolhimento com classificação de risco: avaliação dos usuários em Unidade de Pronto Atendimento. *Texto contexto - enfermagem*, Florianópolis, v. 28, e20180480, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100341&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 de dez. 2019. Epub July 10, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0480>.

HOLANDA, F.L. de; MARRA, C.C; CUNHA, I.C.K.O. Construção da Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências. *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 373-379, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400062>.

INOUE, K.C. et al. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco em Serviços de Emergência. *Acta paul. enferm.* São Paulo, v. 28, n. 5, p. 420-425, agosto de 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000500420&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 dez 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500071>.

JACKSON, G.B. Methods for integrative reviews. *Review of Educational Research*, v. 50, n. 3, p. 438-460. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/toc/vera/50/3>. Acesso em: 30 dez. 2019.

KONDER, M.T; O'DWYER, G. The integration of the Emergency Care Units (UPA) with healthcare services in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2016; v.20, n. 59, p. 879-892. DOI: 10.1590/1807-57622015.0519.

LACERDA, A.S.B. et al. Acolhimento com classificação de risco: relação de justiça com o usuário. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1496-1503, Dec. 2019. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000601496&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 Jan. 2020. Epub Oct 21, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0420>.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. *Sistema Manchester de Classificação de Risco*. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2018.

MALFUSSI, L.B.H. de; et al. Concordância de um protocolo institucional de avaliação com classificação de risco. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e4200016.pdf>. Acesso em: 13 Dez. 2019.

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 416p. ISBN 8527101815.

OLIVEIRA, I.S.B. et al. Acolhimento com classificação de risco em serviço de urgência e emergência: percepção dos enfermeiros. *Revista Atenas Higeia*, v. 1, n. 1, p. 17-24, 2019.

OLIVEIRA, J.L.C et al. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 26, n. 1, e0960014, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2019. Epub Feb 06, 2017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>.

PÍCOLI, R.P; CAZOLA, L.H.O; MAURER, N.M.J.S. Usuários de classificação de risco azul em uma Unidade de Pronto Atendimento. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 21, n. 1, mar. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43044>. Acesso em: 02 jun. 2020. DOI:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43044>.

PINHEIRO, R.C. Conceitos e modelos de letramento digital: o que escolas de ensino fundamental adotam?. *Linguagem em (Dis)curso*, Tubarão, v. 18, n. 3, p. 603-622, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-76322018000300603&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4017-180309-13617>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Acolhimento com Classificação de Risco. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodeUpasdeBH.pdf>. Acesso em: 30 set. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Notícias: Classificação de risco segue modelo de humanização no Mario Gatti - 15/07/2014 - 16:48. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/noticias-integra.php?id=23821> Acesso em: 30 set. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS – PMF. Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Gerência de Inteligência e Informação SMS/PMF. Sala de Situação das UPAs – Versão para Teste – Classificação. Disponível em http://172.17.51.15:3838/plan/upas/versao_0.02/versao_0.02/ Acesso em: 14/08/2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS – PMF. Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Gerência de Inteligência e Informação SMS/PMF. Sala de Situação das UPAs – Versão para Teste – Classificação. Disponível em: http://200.192.64.35:3838/plan/upas/versao_0.02/versao_0.02/. Acesso em: 14 out. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão dos Distritos Sanitários por Centros de Saúde no Município de Florianópolis - População Florianópolis (por Distrito Sanitário, Unidade de Saúde, Área e Micro-área). Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>. Acesso em: 30 set. 2019.

RATES, H.F; ALVES, M. e CAVALCANTE, R.B. Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse?. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 7, n. 2, ago. 2016a. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/795/320>. Acesso em: 26 dez. 2019. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n2.795>.

RATES, H.F; ALVES, M; CAVALCANTE, B.R. O processo de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*. Volume: 20:e969. 2016b. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1105>. Acesso em: 02 jun. 2020. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160039>.

RISSARDO, L.K; REGO et al. Idosos atendidos em unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à atenção primária à saúde. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*. 2016; 20:e971. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1107>. Acesso em: 02 jun. 2020. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160041>.

RODRIGUEZ-HERRERA, R. et al. Human Anatomy an Essential Discipline for Patient Safety/ La Anatomia Humana como Disciplina Indispensable en la Seguridad de los Pacientes. *International Journal of Morphology*, Mar. 2019, p. 241+. Gale Academic OneFile, Disponível em: <https://link-gale.ez46.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A584601545/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=934a02a9>. Acesso em 28 dez. 2019.

RONCALLI, A.A.; et al. Experiências cotidianas do enfermeiro na classificação de risco em Unidade de Pronto Atendimento. *Revista Enfermagem UFPE on line.*, Recife, v. 11, n. 4, p. 1743-1751, abr., 2017a. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/15246/18030>. Acesso em: 10 dez. 2019. ISSN: 1981-8963 DOI: 10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201724.

RONCALLI, A.A.; et al. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 31, n. 2, 2017b. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16949>. Acesso em: 03 Dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.16949>.

SACOMAN, T.M. et al. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 354-367, Abr. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200354&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Dez. 2019. Epub Aug 05, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912105>.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria 124 de 24/02/2014 - Comissão para Desenvolvimento e Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no Estado de Santa Catarina. 2014a.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. Protocolo de Santa Catarina - Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco. 2014b.

SANTA CATARINA, Secretaria do Estado de Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação. Gerência de Planejamento do SUS. COSEMS Macrorregião do Vale do Itajaí. Plano da rede de urgência e emergência da Macrorregião do Vale do Itajaí. 2018. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/anexos-deliberacao-248-23-10/14430-anexo-08-deliberacao-248-plano-vale-do-itajai-fim/file>. Acesso em: 16 set. 2019.

SILVA, A.S.T da; et al. Acolhimento ao idoso em unidades de saúde da família. *Revista Enfermagem UFPE on line*; v. 12, n. 8, p. 2247-2256, ago. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235828/29744>. Acesso em 04 dez. 2019. DOI:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a235828p2247-2256-2018>.

TRENTINI, M; PAIM, L; SILVA. Pesquisa Convergente-Assistencial: Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Ed Moriá; 2014.

TRENTINI, M; PAIM, L; SILVA, D.M.G.V. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 26, n. 4, 2017.

TUDO SOBRE FLORIPA. 2017. Disponível em: www.tudosobrefloripa.com.br/. Acesso em: 20 dez 2017.

VIACAVA, F.; *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.

WEINERMAN, E.R; RUTZEN, S.R; PEARSON, D.A. Effects of medical “Triage” in Hospital Emergency Service. *Yale Studies in Ambulatory Medica Care*. Vol. 80, nº 5: 389-399. May 1965. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1919542/pdf/pubhealthreporig00053-0017.pdf>. Acesso em : 27 de mai de 2020.

WEYKAMP, J.M; et al. Acolhimento com Classificação de Risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 16, n. 3, maio-jul., 2015, pp. 327-336. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Brasil.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA**Pesquisador:** ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 04222918.2.0000.0121**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 3.232.489**Apresentação do Projeto:**

Projeto de dissertação de mestrado de Marcos Antonio Campolino, do Curso de Pós Graduação em Enfermagem, orientado pela Profª Drª Eliane Regina Pereira do Nascimento.

Estudo prospectivo, com previsão de 23 participantes (enfermeiros assistenciais).

O estudo ocorrerá nas duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) municipais de Florianópolis. Os participantes serão submetidos a: entrevistas semi-estruturadas, observação participativa e grupos de discussão. Após contato individual em seu local de trabalho, será fornecido a cada enfermeiro um exemplar físico, colorido e encadernado do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, desenvolvido por enfermeiros da SMS de Florianópolis no ano de 2018. Será solicitado que confrontem/comparem a classificação de risco que utilizam/realizam com o protocolo apresentado. No segundo encontro será realizada a entrevista, guiada por roteiro contendo questões fechadas e abertas (roteiro incluído no projeto). As entrevistas serão gravadas no caso do participante autorizar, e posteriormente transcritas, estando prevista a posterior aprovação do seu conteúdo pelos participantes. A primeira entrevista (piloto) não irá compor os resultados da pesquisa, porém será a balizadora do instrumento a ser aplicado. Após análise das transcrições, o pesquisador realizará grupos de discussão (5 a 10 participantes) em cada UPA com os profissionais que participaram das entrevistas, com a finalidade de propor adequações ao

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.232.489

protocolo de classificação de risco já existente na SMS. Após consenso em discussão, o moderador sintetizará as ideias apresentadas, apontando as relações de coerência, incoerência e conexões de sentido entre os enunciados. Os participantes serão contatados para um último encontro, onde será apresentado o produto construído a partir das entrevistas e dos grupos de discussão.

Critérios de inclusão: enfermeiros que atuem nas duas UPA da cidade de Florianópolis e que estiverem atuando no período de coleta de dados, incluindo tanto os servidores com lotação principal (enfermeiro lotado unicamente na UPA Norte e/ou Sul) ou secundária (enfermeiro lotado originalmente no Centro de Saúde e também em alguma das UPA com cobertura de escala através de horas extras).

Critérios de exclusão: profissionais que desconhecem e/ou não queiram conhecer o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco da Secretaria Municipal de Saúde, em fase de elaboração para implementação nas UPA, objeto deste estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Elaborar, em conjunto com os enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento de Florianópolis, um modelo de Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco com base no já existente na secretaria municipal.

Secundários:

- (1) Identificar junto aos enfermeiros os aspectos positivos e as fragilidades do protocolo existente;
- (2) Conhecer e analisar as sugestões apontadas pelos enfermeiros para melhor adequação do protocolo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É citada como risco a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre o tema, que pode retomar vivências. O risco de quebra de sigilo é citado no TCLE.

Os benefícios apontados são indiretos, e direcionados à sociedade, considerando: (1) o balizamento do tempo de espera do usuário até a classificação de risco / atendimento médico; (2) o respaldo legal ao enfermeiro em sua função de acolher e classificar o usuário; e (3) o fortalecimento do posicionamento estratégico da UPA Norte e Sul para a saúde pública do município.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.232.489

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, boa fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e potencial para contribuir com a linha de pesquisa que se encaixa

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora responsável e pela autoridade institucional competente, a Sub-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.
- O cronograma informa que a coleta de dados acontecerá a partir de 13/05/2019 (mais precisamente, constam do formulário da Plataforma Brasil duas datas de início das entrevistas, uma delas em fevereiro de 2019; no entanto, fica evidente que trata-se de um lapso na exclusão da informação, inclusive pelo conteúdo da carta-resposta, tendo sido esta data desconsiderada).
- O orçamento informa despesas de R\$ 2.135,00 com financiamento próprio.
- Consta declaração da instituição onde será realizada a pesquisa (Secretaria Municipal de Saúde) assinada por Evelise Ribeiro Gonçalves, membro da Comissão de Acompanhamento do Projetos de Pesquisa em Saúde, autorizando a pesquisa e comprometendo-se a cumprir os termos da Res. 466/12.
- Constam do projeto o roteiro da entrevista a ser realizada com os participantes, o termo de autorização para gravação de voz e o roteiro para o grupo de discussão.
- O TCLE é esclarecedor a respeito de objetivos, procedimentos, riscos e direitos dos participantes, e cumpre as exigências da res. 466/12.

Recomendações:

Permanecer atento(a) às normas das Resoluções que regem a ética em pesquisa no Brasil, procurando manter o foco no conforto do(s) participante(s) em todo o processo da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apesar de não ter sido incluído o risco de quebra de sigilo no formulário da Plataforma Brasil, conforme solicitação de parecer anterior, tal informação consta do TCLE.

Considerando que as demais pendências foram integralmente cumpridas, somos de parecer favorável à aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.232.489

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1268232.pdf	07/03/2019 18:06:08		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_resposta_as_pendencias_CAAE_04222918_2_0000_0121.pdf	07/03/2019 18:05:19	MARCOS ANTONIO CAMPOLINO	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3168927.pdf	07/03/2019 18:03:57	MARCOS ANTONIO CAMPOLINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Roteiro_para_grupo_de_discussao.pdf	07/03/2019 18:02:10	MARCOS ANTONIO CAMPOLINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_autorizacao_para_gravacao_de_voz.pdf	07/03/2019 18:01:47	MARCOS ANTONIO CAMPOLINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Concordancia_do_participante_pela_transcricao_da_entrevista.pdf	07/03/2019 18:01:18	MARCOS ANTONIO CAMPOLINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_TCLE.pdf	07/03/2019 18:00:53	MARCOS ANTONIO CAMPOLINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	07/03/2019 17:59:54	MARCOS ANTONIO CAMPOLINO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/03/2019 17:59:03	MARCOS ANTONIO CAMPOLINO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	03/12/2018 23:31:45	MARCOS ANTONIO CAMPOLINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_instituicao_e_infraestrutura.pdf	03/12/2018 23:29:38	MARCOS ANTONIO CAMPOLINO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/12/2018 23:05:22	MARCOS ANTONIO CAMPOLINO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.232.489

FLORIANOPOLIS, 29 de Março de 2019

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DA PESQUISA

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 87/SMS/GAB/ESP/2019

Florianópolis, 21 de Outubro de 2019.

Prezada,

Informamos que a Pesquisa intitulada **“PROTÓCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA”** do pesquisador responsável MARCOS ANTONIO CAMPOLINO, foi avaliada pela comissão de acompanhamento de projetos de pesquisa em saúde e pela Diretoria de Atenção à Saúde e está autorizada para ser realizada com médicos e enfermeiros das unidades de pronto atendimento norte e sul.

O pesquisador deverá entrar em contato com as respectivas coordenações locais para combinar a melhor forma de iniciar a coleta de dados. Todo processo deverá ser realizado **respeitando a disponibilidade do serviço e a autonomia dos sujeitos de pesquisa.**

O período autorizado para coleta de dados é de **22/10/2019 a 22/04/2020**. Caso seja necessária a **prorrogação do prazo de coleta, o pesquisador deve entrar em contato com a comissão de pesquisa.**

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para a Escola de Saúde Pública, por e-mail, para o seguinte endereço espfloripa@gmail.com.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593.

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
Comissão de Acompanhamento dos
Projetos de Pesquisa em Saúde
Matricula 26212-9 SMS/PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

Ilustríssimo Senhor
MARCOS ANTONIO CAMPOLINO
Nesta

APÊNDICE A – MODELO DE PACCR A SER AVALIADO PELOS ENFERMEIROS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO
ENFERMAGEM**

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Eliane Regina Pereira do
Nascimento.

Mestrando: Marcos Antonio Campolino

Florianópolis
2019

INTRODUÇÃO

No início dos anos 2000, o Governo Federal, com objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde, priorizou a criação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e o desenvolvimento do processo de Humanização nos hospitais do SUS (BRASIL, 2017), desses dois movimentos surgiram, respectivamente, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA-24h) e o Acolhimento com Classificação de Risco.

As Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) foram criadas para acolher a demanda dos pacientes que, para elucidação diagnóstica, não necessitem de exames e/ou consultas médica especializados e nem internação (BRASIL, 2017).

No Brasil existem 604 Unidades de Pronto Atendimento que recebem repasse financeiro do Governo Federal (BRASIL, 2018), sendo que 22 dessas estão localizadas em Santa Catarina, das quais duas Unidades, encontram-se localizadas na Ilha de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2018).

Na emergência, apenas o galeno tem amparo legal para realizar triagem, ou seja dispensar alguém antes do atendimento médico. Já Classificação de Risco objetiva, através de protocolos instituídos, sistematizar a avaliação e garantir atendimento conforme a necessidade do usuário, independente da ordem de chegada ao serviço, sem realizar diagnóstico prévio e muito menos excluir pessoas do atendimento médico. Portanto, não se pode de forma alguma confundir esses termos ou mesmo entendê-los como sinônimos (BRASIL, 2009; BRASIL, 2004).

Para o Ministério da Saúde o protocolo deve ter no mínimo quatro níveis de estratificação, e a classificação deve ser por cor e não número, e a identificação da cor não deve ser colocada no usuário, pois ele pode ser reclassificado devido alteração de quadro enquanto aguarda atendimento médico (BRASIL, 2009).

Em um estudo com enfermeiros e médicos sobre a avaliação de uma Unidade de Pronto Atendimento quanto ao acolhimento com classificação de risco utilizando dimensões estrutura, processo e resultados concluiu-se que todas as dimensões foram avaliadas como precárias (HERMIDA *et al*, 2018). Entende-se que tal resultado advenha do fato de que Acolhimento com Classificação de Risco é relativamente novo e, possivelmente, ainda carece de real entendimento tanto dos profissionais quanto dos usuários do sistema, além da necessidade de mais investimentos na estrutura e preparo dos profissionais.

A elaboração de um documento organizativo de fluxo de atendimento nas emergências pode surgir de outros disponíveis na literatura, no entanto deve sempre

considerar as particularidades de cada serviço bem como a especificidade locais. Também é de suma relevância que as unidades de emergência de uma mesma região tenham o Protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco semelhantes, para que se forme um pensamento uniforme entre as pessoas que buscam atendimento (BRASIL, 2009).

O direito do usuário ao Acolhimento com Classificação de Risco ampliou a área de atuação do enfermeiro, porém todo direito traz consigo responsabilidade e, nesse caso, pode-se citar a implicação legal decorrente da priorização incorreta e/ou demora no atendimento médico.

Para esse processo o profissional não deve apoiar unicamente sua decisão em critérios subjetivos próprio ou da pessoa a ser atendida, mas sim basear-se em fundamentos científicos como instrumentos estabelecidos que considerem o contexto em que está inserido, ou seja, no atendimento hospitalar ou pré-hospitalar, o público que será atendido bem como os profissionais que manipularam.

Por meio de um estudo qualitativo, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), esta dissertação tem como objetivo geral elaborar, em conjunto com os enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento de um município da Região Sul do País, um modelo de Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco a partir de um modelo apresentado.

Os resultados esperados pretendem balizar, com segurança, o tempo de espera do paciente até a classificação de risco e, principalmente, até o atendimento médico; respaldar legalmente o enfermeiro classificador em sua função de acolher e classificar o paciente; e fortalecer o posicionamento estratégico das UPA para a saúde pública do município e assim beneficiar a sociedade.

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº3, de 28 de setembro de 2017. Ementa: Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Seção I. Suplemento ao Nº- 190. Brasília - DF, 3 de outubro de 2017. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/guest/inicio> Acessado em: 01 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNESNet/Consulta/Tipos de Estabelecimentos. 2019. Disponível em:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=42&VMun=420540&VComp=00&VUni=. Acesso em: 15 ago. 2019.

HERMIDA, P.M.V; *et al.* User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study. Rev Esc Enferm USP, 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. Plano de Gestão – Saúde. UPAs e Policlínicas - Selecione a região e veja a lista das UPAs e Policlínicas disponíveis. Disponível em: <http://www.sc.gov.br/gestao/saude/upas-policlinicas/> Acessado em: 30 set. 2018.




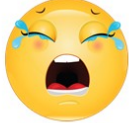
FLUXOGRAMAS POR TOPOGRAFIA ANATÔMICA

- CABEÇA
- PESCOÇO
- TÓRAX
- ABDOME
- PELVE
- COSTAS
- EXTREMIDADES

FLUXOGRAMAS ESPECIAIS

ALTERAÇÃO DE CONDUTA
CAUSA EXTERNA

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Intensidade	0										
	Sem dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Nomenclatura	Normais		Pouco impacto		Interrompe atividades específicas		Interrompe todas as atividades			
	Atividades	Normais		Pouco impacto		Interrompe atividades específicas		Interrompe todas as atividades			
Classificação		Normais		Pouco impacto		Interrompe atividades específicas		Interrompe todas as atividades			

CABEÇA

Fluxograma 1/9

O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade

A	1.Inconsciência 2.Convulsionando	
B	3.Via aerea obstruida	
C	4.Choque 5.Sangramento incontrolável	6.Lesão ocular
A	1.Rebaixamento de Nível de Consciência	
B	2.Respiração muito ruim (FR: ≤ 10 ou ≥ 22 e/ou Sat. O ₂ : $<95\%$ (com O ₂) ou $<92\%$ (em AA))	
C	3.Sangramento controlado com déficit (PAS: ≤ 80 mmHg) 4.Circulação muito ruim (PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo e/ou FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm)	
D	5.Dor forte (EVA: 8 a 10)	6.Cefaleia abrupta
E	7.Temperatura muito alta ($\geq 41^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 8.Edema face 9.Sinai de meningismo 10.Erupção 11.Fratura exposta/TCE 12.Exposição a fumaça 13.Doença cardiovascular e/ou respiratória	NO QUE OUÇO: 14.Limitação instantânea (últimas 12h)
A	1.Relato de inconsciência	
B	2.Respiração ruim (Sat. O ₂ : $<95\%$ em ar ambiente)	
C	3.Sangramento controlado sem déficit (PAS: >80 mmHg) 4.Circulação ruim (PAD ≥ 120 mmHg sem lesão em órgão alvo)	
D	5.Dor média (EVA: 5 a 7)	6.Dor em região temporal
E	7.Temperatura alta ($38,5 - 40,9^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 8.Vomitando 9.Sinal de fratura 10.Erupção difusa 11.Doença hematológica e/ou metabólica 12.Prurido	NO QUE OUÇO: 13.Limitação não instantânea (últimas 12-24h) 14.Eliminações com sangue 15.Relato inconsistente 16.Viagem 17.TCE
C	1.Circulação sem risco (PAD: <120 mmHg sintomático)	
D	2.Dor fraca recente (EVA: 1 a 4 de inicio até 72h)	
E	3.Temperatura pouco alta ($37,5 - 38,4^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 4.Edema ou inflamação local 5.Sinai gripais 6.Exame no mesmo plantão 7.Prurido sem sinai	NO QUE OUÇO: 8.Limitação recente (últimas 24-72h) 9.Náusea ou Vômito 10.Sensação de corpo estranho 11.Tontura
D	1.Dor fraca NÃO recente (EVA: 1 a 4 de inicio há mais de 72h)	
E	2.Temperatura normal ($35,1 - 37,4^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 3.Receita 4.Exame de outro plantão	NO QUE OUÇO: 5.Sinai gripais 6.Limitação não recente (mais 72h)

PESCOÇO

Fluxograma 2/9

O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade

A	1.Inconsciência 2.Convulsionando	
B	3.Via aerea obstruída	
C	4.Choque 5.Sangramento incontrolável	
A	1.Rebaixamento de Nível de Consciência	
B	2.Respiração muito ruim (FR: ≤ 10 ou ≥ 22 e/ou Sat. O ₂ : $<95\%$ (com O ₂) ou $<92\%$ (em AA))	
C	3.Sangramento controlado com déficit (PAS: ≤ 80 mmHg) 4.Circulação muito ruim (PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo e/ou FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm)	
D	5.Dor forte (EVA: 8 a 10)	
E	6.Temperatura muito alta ($\geq 41^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 7.Siniais de meningismo 8.Erupção 9.Enfisema subcutâneo 10.TCE	NO QUE OUÇO: 11.Limitação instantânea (últimas 12h) 12.Imunossupressão 13.Risco especial de infecção
A	1.Relato de inconsciência	
B	2.Respiração ruim (Sat. O ₂ : $<95\%$ em ar ambiente)	
C	3.Sangramento controlado sem déficit (PAS: >80 mmHg) 4.Circulação ruim (PAD ≥ 120 mmHg sem lesão em órgão alvo)	
D	5.Dor média (EVA: 5 a 7)	
E	6.Temperatura alta ($38,5 - 40,9^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 7.Vomitando 8.Erupção difusa 9.Prurido	NO QUE OUÇO: 10.Limitação não instantânea (últimas 12-24h) 11.Trauma no pescoço 12.Relato inconsistente 13.Viagem 14.TCE
C	1.Circulação sem risco (PAD: <120 mmHg sintomático)	
D	2.Dor fraca recente (EVA: 1 a 4 de inicio até 72h)	
E	3.Temperatura pouco alta ($37,5 - 38,4^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 4.Edema ou inflamação local 5.Siniais gripais 6.Exame no mesmo plantão 7.Prurido sem siniais	NO QUE OUÇO: 8.Limitação recente (últimas 24-48h) 9.Náusea ou Vômito 10.Tontura
D	1.Dor fraca NÃO recente (EVA: 1 a 4 de inicio há mais de 72h)	
E	2.Temperatura normal ($35,1 - 37,4^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 3.Receita 4.Exame de outro plantão	NO QUE OUÇO: 5.Siniais gripais 6.Limitação não recente (mais de 72h)

TÓRAX

Fluxograma 3/9

O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade

A	1.Inconsciência 2.Convulsionando	
B	3.Via aerea obstruída	
C	4.Choque 5.Sangramento incontrolável	
A	1.Rebaixamento de Nível de Consciência	2.Ansiedade intensa
B	3.Respiração muito ruim (FR: ≤ 10 ou ≥ 22 e/ou Sat. O2: $<95\%$ (com O2) ou $<92\%$ (em AA))	
C	4.Sangramento controlado com déficit (PAS: ≤ 80 mmHg) 5.Circulação muito ruim (PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo e/ou FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm)	
D	6.Dor forte (EVA: 8 a 10)	7.Precordialgia ou Epigastralgia
E	8.Temperatura muito alta ($\geq 41^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 9.Erupção 10.Enfisema subcutâneo 11.Fratura exposta 12.Exposição a fumaça 13.Doença cardiovascular e/ou respiratória	NO QUE OUÇO: 14.Limitação instantânea (últimas 12h) 15.Trauma tóraco 16.Overdose
A	1.Relato de inconsciência	2.Ansiedade leve
B	3.Respiração ruim (Sat. O2: $<95\%$ em ar ambiente)	
C	4.Sangramento controlado sem déficit (PAS: >80 mmHg) 5.Circulação ruim (PAD ≥ 120 mmHg sem lesão em órgão alvo)	
D	6.Dor média (EVA: 5 a 7)	7.Irradiada para ombro ou Pleurítica
E	8.Temperatura alta ($38,5 - 40,9^{\circ}\text{C}$)	
F	9.NO QUE VEJO: 10.Vomitando 11.Erupção difusa 12.Sinal de fratura 13.Doença hematológica e/ou metabólica 14.Prurido	15.NO QUE OUÇO: 16.Limitação não instantânea (últimas 12-24h) 17.Doença cardiovascular e/ou respiratória 18.DPOC sem melhora 19.Inalação de fumaça 20.Relato inconsistente
C	1.Circulação sem risco (PAD: <120 mmHg sintomático)	
D	2.Dor fraca recente (EVA: 1 a 4 de inicio até 72h)	
E	3.Temperatura pouco alta ($37,5 - 38,4^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 4.Edema ou inflamação local 5.Sinaiis gripais 6.Exame no mesmo plantão 7.Prurido sem sinaiis	NO QUE OUÇO: 8.Limitação recente (últimas 24-72h) 9.Náusea ou Vômito 10.Tontura 11.Trauma torácico sem dispneia
D	1.Dor fraca NÃO recente (EVA: 1 a 4 de inicio há mais de 72h)	
E	2.Temperatura normal ($35,1 - 37,4^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 3.Receita 4.Exame de outro plantão	NO QUE OUÇO: 5.Sinaiis gripais 6.Limitação não recente (mais 72h)

ABDOME

Fluxograma 4/9

O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade

A	1.Inconsciência 2.Convulsionando	
B	3.Via aerea obstruída	
C	4.Choque 5.Sangramento incontrolável	6.Evisceração
A	1.Rebaixamento de Nível de Consciência	2.Ansiedade intensa
B	3.Respiração muito ruim (FR: ≤ 10 ou ≥ 22 e/ou Sat. O2: $<95\%$ (com O2) ou $<92\%$ (em AA))	
C	4.Sangramento controlado com déficit (PAS: ≤ 80 mmHg) 5.Circulação muito ruim (PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo e/ou FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm)	
D	6.Dor forte (EVA: 8 a 10)	7.Abdominal irradiada para dorso ou Epigastralgia
E	8.Temperatura muito alta ($\geq 41^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 9.Erupção 10.Hemorragia digestiva 11.Doença cardiovascular e/ou respiratória	NO QUE OUÇO: 12.Limitação instantânea (últimas 12h) 13.Trauma abdominal ou em gestante
A	1.Relato de inconsciência	2.Ansiedade leve
B	3.Respiração ruim (Sat. O2: $<95\%$ em ar ambiente)	
C	4.Sangramento controlado sem déficit (PAS: >80 mmHg) 5.Circulação ruim (PAD ≥ 120 mmHg sem lesão em órgão alvo)	
D	6.Dor média (EVA: 5 a 7)	
E	7.Temperatura alta ($38,5 - 40,9^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 8.Vomitando 9.Desidratação 10.Erupção difusa 11.Doença hematológica e/ou metabólica 12.Prurido	NO QUE OUÇO: 13.Limitação não instantânea (últimas 12-24h) 14.Relato inconsistente 15.Trauma abdominal ou em gestante 16.Hemorragia digestiva 17.Eliminações com sangue
C	1.Circulação sem risco (PAD: <120 mmHg sintomático)	
D	2.Dor fraca recente (EVA: 1 a 4 de inicio até 72h)	
E	3.Temperatura pouco alta ($37,5 - 38,4^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 4.Edema ou inflamação local 5.Exame no mesmo plantão 6.Prurido sem sinais	NO QUE OUÇO: 7.Limitação recente (últimas 24-72h) 8.Náusea ou Vômito 9.Tontura 10.Trauma abdominal ou em gestante
D	1.Dor fraca NÃO recente (EVA: 1 a 4 de inicio há mais de 72h)	
E	2.Temperatura normal ($35,1 - 37,4^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 3.Receita 4.Exame de outro plantão	NO QUE OUÇO: 5.Diarreia e/ou vômito sem sintoma 6.Limitação não recente (mais 72h)

PELVE

Fluxograma 5/9

O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade

A	1.Inconsciência 2.Convulsionando	
B	3.Via aerea obstruída	
C	4.Choque 5.Sangramento incontrolável	6.Exteriorização fetal e/ou cordão umbilical 7.Hipoglicemia (< 55mg/dL)
A	1.Rebaixamento de Nível de Consciência 2.Ansiedade intensas	
B	3.Respiração muito ruim (FR: ≤ 10 ou ≥ 22 e/ou Sat. O2: <95% (com O2) ou <92% (em AA))	
C	4.Sangramento controlado com déficit (PAS: ≤ 80 mmHg) 5.Circulação muito ruim (PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo e/ou FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm)	
D	6.Dor forte (EVA: 8 a 10)	7.Dor testicular
E	8.Temperatura muito alta ($\geq 41^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 9.Erupção 10.Hemorragia digestiva 11.Gangrena de escroto 12.Priapismo	NO QUE OUÇO: 13.Limitação instantânea (últimas 12h) 14.Imunossupressão 15.Relacao sexual sem consentimento 16.Trauma pelvico ou em gestante 17.Sangramento vaginal em gestante 18.Mecônio
A	1.Relato de inconsciência 2.Ansiedade leve	
B	3.Respiração ruim (Sat. O2: <95% em ar ambiente)	
C	4.Sangramento controlado sem déficit (PAS: >80mmHg) 5.Circulação ruim (PAD ≥ 120 mmHg sem lesão em órgão alvo)	
D	6.Dor média (EVA: 5 a 7)	
E	7.Temperatura alta (38,5 – 40,9°C)	
F	NO QUE VEJO: 8.Vomitando 9.Erupção difusa 10.Doença hematológica e/ou metabólica 11.Celulite de escroto 12.Prurido	NO QUE OUÇO: 13.Limitação não instantânea (últimas 12-24h) 14.Relato inconsistente 15.Eliminação com sangue 16.Hemorragia digestiva 17.Trauma pelvico ou em gestante 18.Gravidez possível 19.Relação sexual desprotegida até 72 h
C	1.Circulação sem risco (PAD: <120mmHg sintomático)	
D	2.Dor fraca recente (EVA: 1 a 4 de inicio até 72h)	
E	3.Temperatura pouco alta (37,5 – 38,4°C)	
F	NO QUE VEJO: 4.Edema ou inflamação local 5.Corrimento ureral e /ou anal 6.Exame no mesmo plantão 7.Prurido sem sinais	NO QUE OUÇO: 8.Limitação recente (últimas 24-72h) 9.Náusea ou Vômito 10.Tontura 11.Trauma pelvico ou em gestante 12.Relação sexual desprotegida mais de 72h
D	1.Dor fraca NÃO recente (EVA: 1 a 4 de inicio há mais de 72h)	
E	2.Temperatura normal (35,1 - 37,4°C)	
F	NO QUE VEJO: 3.Receita 4.Exame de outro plantão	NO QUE OUÇO: 5.Diarreia sem sintoma 6.Limitação não recente (mais de 72h)

COSTAS

Fluxograma 6/9

O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade

A	1.Inconsciência 2.Convulsionando	
B	3.Via aerea obstruída	
C	4.Choque 5.Sangramento incontrolável	
A	1.Rebaixamento de Nível de Consciência	
B	2.Respiração muito ruim (FR: ≤ 10 ou ≥ 22 e/ou Sat. O2: $<95\%$ (com O2) ou $<92\%$ (em AA))	
C	3.Sangramento controlado com déficit (PAS: ≤ 80 mmHg) 4.Circulação muito ruim (PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo e/ou FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm)	
D	5.Dor forte (EVA: 8 a 10)	6.Abdominal irradiada para as costas
E	7.Temperatura muito alta ($\geq 41^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 8.Erupção fixa 9.Doença cardiovascular e/ou respiratória	NO QUE OUÇO: 10.Limitação instantânea (últimas 12h) 11.Trauma nas costas
A	1.Relato de inconsciência	
B	2.Respiração ruim (Sat. O2: $<95\%$ em ar ambiente)	
C	3.Sangramento controlado sem déficit (PAS: >80 mmHg) 4.Circulação ruim (PAD ≥ 120 mmHg sem lesão em órgão alvo)	
D	5.Dor média (EVA: 5 a 7)	
E	6.Temperatura alta ($38,5 - 40,9^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 7.Vomitando 8.Erupção difusa 9.Prurido	NO QUE OUÇO: 10.Limitação não instantânea (últimas 12-24h) 11.Inalação de fumaça 12.Trauma nas costas sem dispneia 13.Relato inconsistente 14.Eliminação com sangue
C	1.Circulação sem risco (PAD: <120 mmHg sintomático)	
D	2.Dor fraca recente (EVA: 1 a 4 de inicio até 72h)	
E	3.Temperatura pouco alta ($37,5 - 38,4^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 4.Edema ou inflamação local 5.Sinais gripais 6.Exame no mesmo plantão 7.Prurido sem sinais	NO QUE OUÇO: 8.Limitação recente (últimas 24-72h) 9.Náusea ou Vômito 10.Tontura
D	1.Dor fraca NÃO recente (EVA: 1 a 4 de inicio há mais de 72h)	
E	2.Temperatura normal ($35,1 - 37,4^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO: 3.Receita 4.Exame de outro plantão	NO QUE OUÇO: 5.Sinais gripais 6.Limitação não recente (mais 72h)

EXTREMIDADES

Fluxograma 7/8

O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade

A	1.Inconsciência	
	2.Convulsionando	
B	3.Via aerea obstruída	
C	4.Choque	
	5.Sangramento incontrolável	
A	1.Rebaixamento de Nível de Consciência	
B	2.Respiração muito ruim (FR: ≤ 10 ou ≥ 22 e/ou Sat. O ₂ : $<95\%$ (com O ₂) ou $<92\%$ (em AA))	
C	3.Sangramento controlado com déficit (PAS: ≤ 80 mmHg)	4.Comprometimento distal
	5.Circulação muito ruim (PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo e/ou FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm)	
D	6.Dor forte (EVA: 8 a 10)	7.Precordialgia ou Epigastralgia
E	8.Temperatura muito alta ($\geq 41^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO:	NO QUE OUÇO:
	9.Erupção	11.Limitação instantânea (últimas 12h)
	10.Fratura exposta	
A	1.Relato de inconsciência	
B	2.Respiração ruim (Sat. O ₂ : $<95\%$ em ar ambiente)	
C	3.Sangramento controlado sem déficit (PAS: >80 mmHg)	
	4.Circulação ruim (PAD ≥ 120 mmHg sem lesão em órgão alvo)	
D	5.Dor média (EVA: 5 a 7)	
E	6.Temperatura alta ($38,5 - 40,9^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO:	NO QUE OUÇO:
	7.Vomitando	12.Limitação não instantânea (últimas 12-24h)
	8.Erupção difusa	13.Relato inconsistente
	9.Sinal de fratura	
	10.Doença hematológica e/ou metabólica	
	11.Prurido	
C	1.Circulação sem risco (PAD: <120 mmHg sintomático)	
D	2.Dor fraca recente (EVA: 1 a 4 de inicio até 72h)	
E	3.Temperatura pouco alta ($37,5 - 38,4^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO:	NO QUE OUÇO:
	4.Edema ou inflamação local	7.Limitação recente (últimas 24-72h)
	5.Exame no mesmo plantão	8.Náusea ou Vômito
	6.Prurido sem sinais	
D	1.Dor fraca NÃO recente (EVA: 1 a 4 de inicio há mais de 72h)	
E	2.Temperatura normal ($35,1 - 37,4^{\circ}\text{C}$)	
F	NO QUE VEJO:	NO QUE OUÇO:
	3.Receita	5.Limitação não recente (mais 72h)
	4.Exame de outro plantão	

ALTERAÇÃO DE CONDUTA

Fluxograma 8/9

O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade

A	1.Inconsciência 2.Convulsionando	
B	3.Via aerea obstruída	
C	4.Choque 5.Sangramento incontrolável	6.Hipoglicemia (< 55mg/dL)
A	1.Rebaixameno de Nível de Consciência	2.Ansiedade intensa
B	3.Respiração muito ruim (FR: ≤ 10 ou ≥ 22 e/ou Sat. O ₂ : <95% (com O ₂) ou <92% (em AA))	
C	4.Sangramento controlado com déficit (PAS: ≤ 80 mmHg) 5.Circulação muito ruim (PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo e/ou FC: $60 \leq$ ou ≥ 150 bpm)	
D	6.Dor forte (EVA: 8 a 10)	7.Cefaleia abrupta
E	8.Temperatura muito alta (≥ 41 C°)	
F	NO QUE VEJO: 9.Risco alto 10.Cetoacidose 11.Meningismo 12.Enfisema subcutâneo 13.Erupção 14.Fratura exposta/TCE 15.Doença cardiovascular ou respiratória	NO QUE OUÇO: 16.Limitação instantânea (últimas 12h) 17.Imunossupressão 18.Risco especial de infecção 19.Overdose
A	1.Relato de inconsciência	2.Ansiedade leve
B	3.Respiração ruim (Sat. O ₂ : <95% em ar ambiente)	
C	4.Sangramento controlado sem déficit (PAS: >80mmHg) 5.Circulação ruim (PAD ≥ 120 mmHg sem lesão em órgão alvo)	
D	6.Dor média (EVA: 5 a 7)	
E	7.Temperatura alta (38,5 – 40,9°C)	
F	NO QUE VEJO: 8.Risco médio 9.Hiperglicemia 10.Vomitando 11.Erupção difusa 12.Sinal de fratura 13.Doença hematológica e/ou metabólica 14.Sinais de embriaguez 15.prurido	NO QUE OUÇO: 16.Limitação não instantânea (últimas 12-24h) 17.Doença cardiovascular ou respiratória 18.Eliminação com sangue 19.Relato inconsistente
C	1.Circulação sem risco (PAD: <120mmHg sintomático)	
D	2.Dor fraca recente (EVA: 1 a 4 de inicio até 72h)	
E	3.Temperatura pouco alta (37,5 – 38,4°C)	
F	NO QUE VEJO: 4.Edema ou inflamação local 5.Exame no mesmo plantão 6.Prurido sem sinais	NO QUE OUÇO: 7.Limitação recente (últimas 24-72h) 8.Náusea ou Vômito 9.Tontura
AGRESSÃO ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO DOENÇA MENTAL		
D	1.Dor fraca NÃO recente (EVA: 1 a 4 de inicio há mais de 72h)	
E	2.Temperatura normal (35,1 - 37,4°C)	
F	NO QUE VEJO: 3.Receita 4.Exame de outro plantão	NO QUE OUÇO: 5.Limitação não recente (maid 72h)

CAUSA EXTERNA

Fluxograma 9/9

O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade

A	1.Inconsciência 2.Convulsionando	
B	3.Via aerea obstruída	
C	4.Choque 5.Sangramento incontrolável	6.Lesão ocular 7.Hipoglicemia (< 55mg/dL) 8.Esvisceração
A	1.Rebaixamento de Nível de Consciência	2.Ansiedade intensa
B	3.Respiração muito ruim (FR: ≤ 10 ou ≥ 22 e/ou Sat. O2: <95% (com O2) ou <92% (em AA))	
C	4.Sangramento controlado com déficit (PAS: ≤80mmHg) 6.Circulação muito ruim (PAD ≥ 120mmHg + lesão em órgão alvo e/ou FC: 60 ≤ ou ≥ 150 bpm)	5.Comprometimento distal
D	7.Dor forte (EVA: 8 a 10)	8.Cefaleia abrupta
E	9.Temperatura muito alta (≥41C°)	
F	NO QUE VEJO: 10.Cetoacidose 11.Risco alto 12.Enfisema subcutâneo 13.Fratura exposta/TCE 14.Exposição a fumaça 15.Queimadura elétrica	NO QUE OUÇO: 16.Limitação instantânea (últimas 12h) 17.Mortalidade alta 18.Cinemática importante
A	1.Relato de inconsciência	2.Ansiedade leve
B	3.Respiração ruim (Sat. O2: <95% em ar ambiente)	
C	4.Sangramento controlado sem déficit (PAS: >80mmHg) 5.Circulação ruim (PAD ≥ 120mmHg sem lesão em órgão alvo)	
D	6.Dor média (EVA: 5 a 7)	
E	7.Temperatura alta (38,5 – 40,9°C)	
F	NO QUE VEJO: 8.Hiperglicemia 9.Vomitando 10.Sinal de fratura 11.Doença hematológica e/ou metabólica 12.Risco médio 13.Sinais de embriaguez	NO QUE OUÇO: 14.Limitação não instantânea (últimas 12-24h) 15.Eliminação com sangue 16.Relato inconsistente 17.Mortalidade média 18.Inalação de fumaça 19.TCE
C	1.Circulação sem risco (PAD: <120mmHg sintomático)	
D	2.Dor fraca recente (EVA: 1 a 4 de inicio até 72h)	
E	3.Temperatura pouco alta (37,5 – 38,4°C)	
F	NO QUE VEJO: 4.Edema ou inflamação local 5.Exame no mesmo plantão	NO QUE OUÇO: 6.Limitação recente (últimas 24-72h) 7.Náusea ou Vômito 8.Tontura
AGRESSÃO ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO DOENÇA MENTAL		
D	1.Dor fraca NÃO recente (EVA: 1 a 4 de inicio há mais de 72h)	
E	2.Temperatura normal (35,1 - 37,4°C)	
F	NO QUE VEJO: 3.Receita 4.Exame de outro plantão	NO QUE OUÇO: 5.Limitação não recente (mais 72h)

CABEÇA**Fluxograma 1/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade****VERMELHO**

1. Inconsciência – pontuação menor que 9 na Escala de Coma de Glasgow.
2. Convulsionando - indiferente ser parcial ou tônico ou clônica.
3. Via aérea obstruída - 15 segundos em que não se observa movimento ventilatório ou se constata estridor, sialorreia.
4. Choque - má perfusão capilar indetectada por sudorese; palidez; taquicardia; hipotensão e diminuição do nível de consciência.
5. Sangramento incontrolável - não se estanca e devido volume perdido estima-se o óbito em pouco tempo.
6. Lesão ocular – incomodo nos olhos, causado por substância química ou perfuração ou possível perfuração ocular nas últimas 12h.

LARANJA

1. Rebaixamento de Nível de Consciência - indiferente a etiologia ser clinica ou droga seja ela licita ou ilícita.
2. Respiração muito ruim – sat. O₂ menor de 95% com O₂ ou menor de 92% em ar ambiente; uso de musculatura acessória ou frequência ventilatória fora do intervalo de 3 e 5 movimentos em 15 segundos.
3. Sangramento controlado e com déficit – se estanca, no entanto a PAS ≤ 80mmHg.
4. Circulação muito ruim – PAS ≤ 80 ou PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo (ou seja com indicação de AVEi e/ou SCA e/ou EAD) e/ou FC < 60 ou > 150 bpm.
5. Dor forte - é a pior dor, insuportável. O individuo não consegue fazer nenhuma atividade cotidiana. Na Escala Visual Analógica, equivale a 8 a 10.
6. Cefaleia abrupta – aquela que iniciou em poucos minutos ou que o fez acordar.
7. Temperatura muito alta - temperatura ≥ 41,0°C.
8. Edema de face – edema em qualquer parte da cabeça.
9. Sinais de meningismo – rigidez de nuca associado a cefaleia e fotofobia.
10. Erupção – bolhosa ou excretante ocupando mais de 10% da área corporal ou erupção não bolhosa nem excretante que torna-se ou não branca sob compressão.
11. Fratura exposta/TCE – toda comunicação ou possível comunicação do meio externo com o osso. TCE: observação de achados de trauma na cabeça.
12. Exposição a fumaça - percebe-se fuligem na narina e/ou mãos e/ou rosto com sujidade indicativa de incêndio.
13. Doença cardiovascular ou respiratória – registro em prontuário ou apresentação de comprovante da existência de doenças cardiovascular e/ou respiratória ameaçadoras da vida – IAM, ICC, DPOC, asma lábil.
14. Limitação instantânea – qualquer limitação relatada com início nas últimas 12h.

AMARELO

1. Relato de inconsciência - realizado por uma testemunha. Considerado também quando usuário não se lembrar do que aconteceu.
2. Respiração ruim - saturação menor que 95% em ar ambiente.
3. Sangramento controlado e sem déficit – se estanca e PAS >80mmHg.
4. Circulação ruim – PAD ≥ 120mmHg sem lesão em órgão alvo (sem indicação de AVE e/ou SCA e/ou EAD).
15. Dor média - é a dor importante que interrompe apenas atividades específicas. Na Escala Visual Analógica, equivale a 5 a 7.
5. Dor em região temporal - relata dor em região temporal.
6. Temperatura alta - temperatura entre 38,5 e 40,9°C.
7. Vomitando – classificador observa episódio de vômito.
8. Sinal de fratura – Dor em local específico que impede movimento; Inchaço; hematomas; crepitação; deformidade.

CABEÇA**Fluxograma 1/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade**

9. Erupção difusa – erupção que atinge mais de 10% da área corporal.
10. Doença hematológica ou metabólica – registro em prontuário ou apresentação de comprovante da existência de doenças hematológica importante ou distúrbio metabólico congênito de rápido agravamento.
11. Limitação não instantânea – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 12 e 24h.
12. Eliminações com sangue – relata fezes e/ou vômito e/ou expectoração com sangue de qualquer característica.
13. Relato inconsistente – o relato do usuário ou acompanhante não justifica os achados, principalmente em se tratando de vulneráveis.
14. Viagem - relato de ter retornado de viagem nos últimos 14 dias, independente de localidade.
15. TCE – informação prestada pelo próprio usuário ou acompanhante de trauma na cabeça nas últimas 12h.
16. Prurido - informa coceira generalizada ou localizada, com presença de sinais de coceira.

VERDE

1. Circulação sem risco – PAS \geq 160mmHg e/ou PAD \geq 120mmHg assintomático.
16. Dor fraca recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu até 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
2. Temperatura pouco alta - temperatura entre 37,5 e 38,4°C.
3. Edema ou inflamação local – inchaço, rubor, calor ou dor restrito a um local.
4. Sinais gripais - coriza, congestão nasal, rouquidão, espirros, tosse produtiva ou não, de início até 72h.
5. Exame no mesmo plantão - usuário retorna assintomático ou já medicado no mesmo plantão em que foi solicitado o exame.
6. Limitação recente – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 24 e 72h.
7. Náusea ou Vômito - informa estar nauseado ou ter vomitado nas últimas 6h.
8. Sensação de corpo estranho - relata sensação de corpo estranho que causa incomodo. Serve para orelhas, olhos, narinas e garganta.
9. Tontura – relato de tontura ou vertigem com início em menos de 72h.
10. Prurido sem sinais - informa coceira generalizada ou localizada sem sinal algum.

AZUL

1. Dor fraca não recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu há mais de 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
2. Temperatura normal - Temperatura aferida no acolhimento entre 35,1° e 37,4°C.
3. Receita – solicitação ou renovação de qualquer receita.
4. Exame de outro plantão - usuário retorna assintomático ou medicado para mostrar resultado de exame solicitado em outro plantão.
5. Sinais gripais - queixa-se de coriza, congestão nasal, rouquidão, espirros, tosse produtiva ou não, de início há mais de 72h.
6. Limitação não recente – qualquer limitação relatada com início há mais de 72h.

PESCOÇO**Fluxograma 2/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade****VERMELHO**

1. Inconsciência – pontuação menor que 9 na Escala de Coma de Glasgow.
2. Convulsionando - indiferente ser parcial ou tônico ou clônica.
3. Via aérea obstruída - 15 segundos em que não se observa movimento ventilatório ou se constata estridor, sialorreia.
4. Choque - má perfusão capilar indetectada por sudorese; palidez; taquicardia; hipotensão e diminuição do nível de consciência.
5. Sangramento incontrolável - não se estanca e devido volume perdido estima-se o óbito em pouco tempo.

LARANJA

1. Rebaixamento de Nível de Consciência - indiferente a etiologia ser clínica ou droga seja ela lícita ou ilícita.
2. Respiração muito ruim – sat. O₂ menor de 95% com O₂ ou menor de 92% em ar ambiente; uso de musculatura acessória ou frequência ventilatória fora do intervalo de 3 e 5 movimentos em 15 segundos.
3. Sangramento controlado e com déficit – se estanca, no entanto a PAS ≤ 80mmHg.
4. Circulação muito ruim – PAS ≤ 80 ou PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo (ou seja com indicação de AVEi e/ou SCA e/ou EAD) e/ou FC < 60 ou > 150 bpm.
5. Dor forte - é a pior dor, insuportável. O indivíduo não consegue fazer nenhuma atividade cotidiana. Na Escala Visual Analógica, equivale a 8 a 10.
6. Temperatura muito alta - temperatura ≥ 41,0°C.
7. Sinais de meningismo – rigidez de nuca associado a cefaleia e fotofobia.
8. Erupção – bolhosa ou excretante ocupando mais de 10% da área corporal ou erupção não bolhosa nem excretante que torna-se ou não branca sob compressão.
9. Enfisema subcutâneo – acúmulo de gás debaixo da pele, identificado como um suave abaulamento da pele e uma tumefação sonora à perfusão o que causa a sensação de achatamento de pequenas bolhas de ar, sem alteração na pele que o cobre.
10. TCE – observação de achados de trauma na cabeça.
11. Limitação instantânea – qualquer limitação relatada com início nas últimas 12h.
12. Imunossupressão – relato de doença autoimunes: Artrite reumatoide; Lúpus eritematoso sistêmico; Doença celíaca; Síndrome de Sjögren; Polimialgia reumática; Esclerose múltipla Espondilite anquilosante; DM1; Alopecia areata; Vasculite; Arterite temporal ou uso de medicamentos: Azatioprina (Imuram®); Tacrolimo (Prograf® , Tarfic® e Tacrofort®); Ciclosporina (Sandimmun® e Sigmasporim®); Prednisona (Meticorten®, Artinizona®, Corticorten®, Flamacorten®, Predson®, Prednax®, Prednis, Predcort® e Precortil®); Micofenolato de Sódio (Myfortic®); Micofenolato Mofetil (Cellcept®); Everolimo (Certican®) e Sirolimo (Rapamune®).
13. Risco especial de infecção - quem trabalha em laboratório ou que retornou nos últimos 14 dias de área endêmica.

AMARELO

1. Relato de inconsciência - realizado por uma testemunha. Considerado também quando usuário não se lembrar do que aconteceu.
2. Respiração ruim - saturação menor que 95% em ar ambiente.
3. Sangramento controlado e sem déficit – se estanca e PAS > 80mmHg.
4. Circulação ruim – PAD ≥ 120mmHg sem lesão em órgão alvo (sem indicação de AVE e/ou SCA e/ou EAD).
5. Dor média - é a dor importante que interrompe apenas atividades específicas. Na Escala Visual Analógica, equivale a 5 a 7.
6. Temperatura alta - temperatura entre 38,5 e 40,9°C.
7. Vomitando – classificador observa episódio de vômito.
8. Erupção difusa – erupção que atinge mais de 10% da área corporal.

PESCOÇO**Fluxograma 2/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade**

9. Limitação não instantânea – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 12 e 24h.
10. Trauma no pescoço - queixa de trauma ocorrido diretamente no pescoço ou na cabeça no sentido cefalocaudal.
11. Relato inconsistente – o relato do usuário ou acompanhante não justifica os achados, principalmente em se tratando de vulneráveis.
12. Viagem - relato de ter retornado de viagem nos últimos 14 dias, independente de localidade.
13. TCE – informação prestada pelo próprio usuário ou acompanhante de trauma na cabeça.
14. Prurido - informa coceira generalizada ou localizada, com presença de sinais de coceira.

VERDE

1. Circulação sem risco – PAS \geq 160mmHg e/ou PAD \geq 120mmHg assintomático.
2. Dor fraca recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu até 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
3. Temperatura pouco alta - temperatura entre 37,5 e 38,4°C.
4. Edema ou inflamação local – inchaço, rubor, calor ou dor restrito a um local.
5. Sinais gripais - coriza, congestão nasal, rouquidão, espirros, tosse produtiva ou não, de início até 72h.
6. Exame no mesmo plantão - usuário retorna assintomático ou já medicado no mesmo plantão em que foi solicitado o exame.
7. Limitação recente – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 24 e 72h.
8. Náusea ou Vômito - informa estar nauseado ou ter vomitado nas últimas 6h.
9. Tontura – relato de tontura ou vertigem com início em menos de 24h.
10. Prurido sem sinais - informa coceira generalizada ou localizada sem sinal algum.

AZUL

1. Dor fraca não recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu há mais de 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
2. Temperatura normal - Temperatura aferida no acolhimento entre 35,1° e 37,4°C.
3. Receita – solicitação ou renovação de qualquer receita.
4. Exame de outro plantão - usuário retorna assintomático ou medicado para mostrar resultado de exame solicitado em outro plantão.
5. Sinais gripais - queixa-se de coriza, congestão nasal, rouquidão, espirros, tosse produtiva ou não, de início há mais de 72h.
6. Limitação não recente – qualquer limitação relatada com início há mais de 72h.

TÓRAX**Fluxograma 3/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade****VERMELHO**

1. Inconsciência – pontuação menor que 9 na Escala de Coma de Glasgow.
2. Convulcionando - indiferente ser parcial ou tônico ou clônica.
3. Via aérea obstruída - 15 segundos em que não se observa movimento ventilatório ou se constata estridor, sialorreia.
4. Choque - má perfusão capilar indentificada por sudorese; palidez; taquicardia; hipotensão e diminuição do nível de consciência.
5. Sangramento incontrolável - não se estanca e devido volume perdido estima-se o óbito em pouco tempo.

LARANJA

1. Rebaixamento de Nível de Consciência - indiferente a etiologia ser clinica ou droga seja ela licita ou ilícita.
2. Ansiedade intensa – o usuário está extremamente perturbado físico e /ou emocionalmente (pânico).
3. Respiração muito ruim – sat. O₂ menor de 95% com O₂ ou menor de 92% em ar ambiente; uso de musculatura acessória ou frequência ventilatória fora do intervalo de 3 e 5 movimentos em 15 segundos.
4. Sangramento controlado e com déficit – se estanca, no entanto a PAS ≤ 80mmHg.
5. Circulação muito ruim – PAS ≤ 80 ou PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo (ou seja com indicação de AVEi e/ou SCA e/ou EAD) e/ou FC < 60 ou > 150 bpm.
6. Dor forte - é a pior dor, insuportável. O individuo não consegue fazer nenhuma atividade cotidiana. Na Escala Visual Analógica, equivale a 8 a 10.
Epigastralgia – dor “na boca do estômago” acompanhada de náusea, sudorese e tontura.
7. Precordialgia - dor retroesternal, normalmente em aperto ou peso com ou sem irradiação para braço esquerdo ou mandíbula, podendo ou não estar associada a náusea, sudorese, tontura e epigastralgia.
8. Temperatura muito alta - temperatura ≥ 41,0°C.
9. Erupção – bolhosa ou excretante ocupando mais de 10% da área corporal ou erupção não bolhosa nem excretante que torna-se ou não branca sob compressão.
10. Enfisema subcutâneo – acúmulo de gás debaixo da pele, identificado como um suave abaulamento da pele e uma tumefação sonora à perfusão o que causa a sensação de achatamento de pequenas bolhas de ar, sem alteração na pele que o cobre.
11. Fratura exposta – toda comunicação ou possível comunicação do meio externo com o osso
12. Exposição a fumaça - percebe-se fuligem na narina e/ou mãos e/ou rosto com sujidade indicativa de incêndio.
13. Doença cardiovascular ou respiratória – registro em prontuário ou apresentação de comprovante da existência de doenças cardiovascular e/ou respiratória ameaçadoras da vida – IAM, ICC, DPOC, asma lábil.
14. Limitação instantânea – qualquer limitação relatada com início nas últimas 12h.
15. Trauma torácico - toda queixa de trauma ocorrido abaixo da clavícula e acima da última costela COM queixa ventilatória.
16. Overdose - contato com CIT (0800-643-5252) determina prioridade e conduta.

AMARELO

1. Relato de inconsciência - realizado por uma testemunha. Considerado também quando usuário não se lembrar do que aconteceu.
2. Ansiedade leve – usuário informa estar ansioso.
3. Respiração ruim - saturação menor que 95% em ar ambiente.
4. Sangramento controlado e sem déficit – se estanca e PAS >80mmHg.
5. Circulação ruim – PAD ≥ 120mmHg sem lesão em órgão alvo (sem indicação de AVE e/ou SCA e/ou EAD).
6. Dor média - é uma dor importante que interrompe apenas atividades específicas. Na Escala Visual Analógica, equivale a 5 a 7.

TÓRAX**Fluxograma 3/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade**

7. Irradiada para ombro – dor tórácica que irradia para qualquer dos ombros.
Pleurítica – dor torácica que intensifica com o movimento da inspiração/expiração.
8. Temperatura alta - temperatura entre 38,5 e 40,9°C.
9. Vomitando – classificador observa episódio de vômito.
10. Erupção difusa – erupção que atinge mais de 10% da área corporal.
11. Sinal de fratura – Dor em local específico que impede movimento; Inchaço; hematomas; crepitação; deformidade.
12. Doença hematológica ou metabólica – registro em prontuário ou apresentação de comprovante da existência de doenças hematológica importante ou distúrbio metabólico congênito de rápido agravamento.
13. Limitação não instantânea – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 12 e 24h.
14. Doença cardiovascular ou respiratória – registro em prontuário ou apresentação de comprovante da existência de doenças cardiovascular e/ou respiratória ameaçadoras da vida – IAM, ICC, DPOC, asma lábil.
15. DPOC sem melhora - usuário informa que medicação prescrita não lhe traz melhora.
16. Inalação de fumaça - relato de ter estado em ambiente confinado com fumaça.
17. Relato inconsistente – o relato do usuário ou acompanhante não justifica os achados, principalmente em se tratando de vulneráveis.
18. Prurido - informa coceira generalizada ou localizada, com presença de sinais de coceira.

VERDE

1. Circulação sem risco – PAS \geq 160mmHg e/ou PAD \geq 120mmHg assintomático.
2. Dor fraca recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu até 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
3. Temperatura pouco alta - temperatura entre 37,5 e 38,4°C
4. Edema ou inflamação local – inchaço, rubor, calor ou dor restrito a um local.
5. Sinais gripais - coriza, congestão nasal, rouquidão, espirros, tosse produtiva ou não, de início até 72h.
6. Exame no mesmo plantão - usuário retorna assintomático ou já medicado no mesmo plantão em que foi solicitado o exame.
7. Limitação recente – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 24 e 72h.
8. Náusea ou Vômito - informa estar nauseado ou ter vomitado nas últimas 6h.
9. Tontura – relato de tontura ou vertigem com início em menos de 24h.
10. Trauma torácico sem dispneia - queixa de trauma ocorrido abaixo da clavícula e acima da última costela SEM queixa ventilatória.
11. Prurido sem sinais - informa coceira generalizada ou localizada sem sinal algum.

AZUL

1. Dor fraca não recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu há mais de 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
2. Temperatura normal - Temperatura aferida no acolhimento entre 35,1° e 37,4°C.
3. Receita – solicitação ou renovação de qualquer receita.
4. Exame de outro plantão - usuário retorna assintomático ou medicado para mostrar resultado de exame solicitado em outro plantão.
5. Sinais gripais - queixa-se de coriza, congestão nasal, rouquidão, espirros, tosse produtiva ou não, de início há mais de 72h
6. Limitação não recente – qualquer limitação relatada com início há mais de 72h.

ABDOME**Fluxograma 4/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade****VERMELHA**

1. Inconsciência – pontuação menor que 9 na Escala de Coma de Glasgow.
2. Convulsionando - indiferente ser parcial ou tônico ou clônica.
3. Via aérea obstruída - 15 segundos em que não se observa movimento ventilatório ou se constata estridor, sialorreia.
4. Choque - má perfusão capilar indentificada por sudorese; palidez; taquicardia; hipotensão e diminuição do nível de consciência.
5. Sangramento incontrolável - não se estanca e devido volume perdido estima-se o óbito em pouco tempo.
6. Evisceração - herniação ou exteriorização de vísceras.

LARANJA

1. Rebaixamento de Nível de Consciência - indiferente a etiologia ser clinica ou droga seja ela licita ou ilícita.
2. Ansiedade intensa – a gestante está extremamente perturbada físico e /ou emocionalmente (pânico).
3. Respiração muito ruim – sat. O₂ menor de 95% com O₂ ou menor de 92% em ar ambiente; uso de musculatura acessória ou frequência ventilatória fora do intervalo de 3 e 5 movimentos em 15 segundos.
4. Sangramento controlado e com déficit – se estanca, no entanto a PAS ≤ 80mmHg.
5. Circulação muito ruim – PAS ≤ 80 ou PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo (ou seja com indicação de AVEi e/ou SCA e/ou EAD) e/ou FC < 60 ou > 150 bpm.
6. Dor forte - é a pior dor, insuportável. O indivíduo não consegue fazer nenhuma atividade cotidiana. Na Escala Visual Analógica, equivale a 8 a 10.
7. Dor abdominal irradiada para as costas - dor que origina no abdome (abaixo da última costela e acima da crista ilíaca) e irradia para o dorso de forma contínua ou intermitente.
Epigastralgia – dor “na boca do estômago” acompanhada de náusea, sudorese e tontura.
8. Temperatura muito alta - temperatura ≥ 41,0°C.
9. Erupção – bolhosa ou excretante ocupando mais de 10% da área corporal ou erupção não bolhosa nem excretante que torna-se ou não branca sob compressão.
10. Hemorragia digestiva - registro em prontuário ou documento comprobatório de já ter tido hemorragia digestiva em algum momento da vida.
11. Doença cardiovascular ou respiratória – registro em prontuário ou apresentação de comprovante da existência de doenças cardiovascular e/ou respiratória ameaçadoras da vida – IAM, ICC, DPOC, asma lábil.
12. Limitação instantânea – qualquer limitação relatada com início nas últimas 12h. Obs.: GESTANTE: gestante com mais de 20 semanas de gestação relata que há MAIS de 12h percebeu diminuição ou ausência de movimentos fetais.
13. Trauma abdominal - toda queixa de trauma ocorrida na parte anterior do tronco, logo abaixo da última costela e imediatamente acima da crista ilíaca.
Trauma em gestante – mulher que se declare gestante e que tenha sofrido nas últimas 12 h qualquer trauma envolvendo impacto de queda.

AMARELA

1. Relato de inconsciência - realizado por uma testemunha. Considerado também quando usuário não se lembrar do que aconteceu.
2. Ansiedade leve – usuário informa estar ansioso.
3. Respiração ruim - saturação menor que 95% em ar ambiente.
4. Sangramento controlado e sem déficit – se estanca e PAS >80mmHg.
5. Circulação ruim – PAD ≥ 120mmHg sem lesão em órgão alvo (sem indicação de AVE e/ou SCA e/ou EAD).
6. Dor média - é uma dor importante que interrompe apenas atividades específicas. Na Escala Visual Analógica,

ABDOMINE**Fluxograma 4/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade**

equivale a 5 a 7.

7. Temperatura alta - temperatura entre 38,5 e 40,9°C.
8. Vomitando – classificador observa episódio de vômito.
9. Desidratação – boca, pele e membranas muito secas e pegajosas; sede extrema; oligúria; tonturas; irritabilidade e confusão; olhos fundos; hipotensão; taquicardia e taquipneia; febre e nos casos mais graves, delírio ou inconsciência.
10. Erupção difusa – erupção que atinge mais de 10% da área corporal.
11. Doença hematológica ou metabólica – registro em prontuário ou apresentação de comprovante da existência de doenças hematológica importante ou distúrbio metabólico congênito de rápido agravamento.
12. Limitação não instantânea – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 12 e 24h. Obs.: GESTANTE: gestante com mais de 20 semanas de gestação relata que nas últimas 12h percebeu diminuição ou ausência de movimentos fetais.
13. Relato inconsistente – o relato do usuário ou acompanhante não justifica os achados, principalmente em se tratando de vulneráveis.
14. Prurido - informa coceira generalizada ou localizada, com presença de sinais de coceira.
15. Trauma abdominal - trauma ocorrido na parte anterior do tronco, logo abaixo da última costela e imediatamente acima da crista ilíaca.
Trauma em gestante – mulher que se declare gestante e que tenha sofrido nas últimas 24 horas qualquer trauma envolvendo impacto de queda.
16. Hemorragia digestiva - informa já ter apresentado hemorragia digestiva em algum momento da vida.
17. Eliminações com sangue – relata fezes e/ou vômito e/ou expectoração com sangue de qualquer característica.

VERDE

1. Circulação sem risco – PAS \geq 160mmHg e/ou PAD \geq 120mmHg assintomático.
2. Dor fraca recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu até 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
3. Temperatura pouco alta - temperatura entre 37,5 e 38,4°C
4. Edema ou inflamação local – inchaço, rubor, calor ou dor restrito a um local.
5. Exame no mesmo plantão - usuário retorna assintomático ou já medicado no mesmo plantão em que foi solicitado o exame.
6. Limitação recente – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 24 e 72h.
7. Náusea ou Vômito - informa estar nauseado ou ter vomitado nas últimas 6h.
8. Tontura – relato de tontura ou vertigem com início em menos de 24h.
9. Trauma abdominal - toda queixa de trauma ocorrida na parte anterior do tronco, logo abaixo da última costela e imediatamente acima da crista ilíaca.
Trauma em gestante – mulher que se declare gestante e que tenha sofrido nas últimas 72h qualquer trauma envolvendo impacto de queda.
10. Prurido sem sinais - informa coceira generalizada ou localizada sem sinal algum.

AZUL

ABDOME**Fluxograma 4/9**

O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade

1. Dor fraca não recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu há mais de 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
 2. Temperatura normal - Temperatura aferida no acolhimento entre 35,1° e 37,4°C.
 3. Receita – solicitação ou renovação de qualquer receita.
 4. Exame de outro plantão - usuário retorna assintomático ou medicado para mostrar resultado de exame solicitado em outro plantão.
 5. Diarreia e/ou vômito assintomático - informa eliminações intestinais líquidas várias vezes sem alteração de sinais e/ou vômito com último episódio há mais de 6 horas e assintomático.
 6. Limitação não recente – qualquer limitação relatada com início há mais de 72h.
-

PELVE**Fluxograma 5/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade****VERMELHA**

1. Inconsciência – pontuação menor que 9 na Escala de Coma de Glasgow.
2. Convulsionando - indiferente ser parcial ou tônico ou clônica.
3. Via aérea obstruída - 15 segundos em que não se observa movimento ventilatório ou se constata estridor, sialorreia.
4. Choque - má perfusão capilar indentificada por sudorese; palidez; taquicardia; hipotensão e diminuição do nível de consciência.
5. Sangramento incontrolável - não se estanca e devido volume perdido estima-se o óbito em pouco tempo.
6. Exteriorização fetal e/ou cordão umbilical – visualização de qualquer parte do feto e/ou do cordão umbilical.
7. Hipoglicemia – em gestante, glicemia capilar inferior a 55mg/dL, independente de jejum ou pós prandial.

LARANJA

1. Rebaixamento de Nível de Consciência - indiferente a etiologia ser clinica ou droga seja ela licita ou ilícita.
2. Ansiedade intensa – a gestante está extremamente perturbada físico e /ou emocionalmente (pânico).
3. Respiração muito ruim – sat. O₂ menor de 95% com O₂ ou menor de 92% em ar ambiente; uso de musculatura acessória ou frequência ventilatória fora do intervalo de 3 e 5 movimentos em 15 segundos.
4. Sangramento controlado e com déficit – se estanca, no entanto a PAS ≤ 80mmHg.
5. Circulação muito ruim – PAS ≤ 80 ou PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo (ou seja com indicação de AVEi e/ou SCA e/ou EAD) e/ou FC < 60 ou > 150 bpm.
6. Dor forte - é a pior dor, insuportável. O individuo não consegue fazer nenhuma atividade cotidiana. Na Escala Visual Analógica, equivale a 8 a 10.
7. Dor testicular (- 25anos) - A torção de testículo é comum abaixo dos 25 anos de idade. Dor de forte intensidade e súbita podendo acordar a pessoa, semelhante a abdome agudo em testículos crípticos, porém pode irradiar para região lombar, inguinal ou abdominal.
8. Temperatura muito alta - temperatura ≥ 41,0°C.
9. Erupção – bolhosa ou excretante ocupando mais de 10% da área corporal ou erupção não bolhosa nem excretante que torna-se ou não branca sob compressão.
10. Hemorragia digestiva - registro em prontuário ou documento comprobatório de já ter tido hemorragia digestiva em algum momento da vida.
11. Gangrena de escroto - região da virilha e/ou bolsa escrotal enegrecida ou como queimadura.
12. Priapismo – ereção peniana dolorosa, anormal e persistente não acompanhada de desejo sexual ou excitação. Priapismo isquêmico (baixo fluxo ou venoso) é mais grave e surge quando o retorno sanguíneo do pênis é insuficiente. A dor forte ocorre após 4 horas. Priapismo não isquêmico (alto fluxo ou arterial) que costuma ser causado por traumas na região do períneo. Esse tipo não é doloroso e não causa necrose.
13. Limitação instantânea – qualquer limitação relatada com início nas últimas 12h. Obs.: GESTANTE: gestante com mais de 20 semanas de gestação relata que há MAIS de 12 horas percebeu diminuição ou ausência de movimentos fetais.
14. Imunossupressão – relato de doença autoimunes: Artrite reumatoide; Lúpus eritematoso sistêmico; Doença celíaca; Síndrome de Sjögren; Polimialgia reumática; Esclerose múltipla Espondilite anquilosante; DM1; Alopecia areata; Vasculite; Arterite temporal ou uso de medicamentos: Azatioprina (Imuram®); Tacrolimo (Prograf® , Tarfic® e Tacrofort®); Ciclosporina (Sandimmun® e Sigmasporim®); Prednisona (Meticorten®, Artizona®, Corticorten®, Flamacorten®, Predson®, Prednax®, Prednis, Predcort® e Precortil®); Micofenolato de Sódio (Myfortic®); Micofenolato Mofetil (Cellcept®); Everolimo (Certican®) e Sirolimo(Rapamune®).
15. Relação sexual SEM consentimento - relação sexual SEM consentimento. Equivale se alegar que estava sob efeito de drogas, seja legais ou não, que lhe prejudicavam o raciocínio.
16. Trauma pélvico - toda queixa de trauma ocorrida na cavidade pélvica (logo abaixo da crista ilíaca) nas últimas 12h.
Trauma em gestante – mulher que se declare gestante e que tenha sofrido nas últimas 12h qualquer trauma envolvendo impacto de queda.
17. Sangramento vaginal em gestante - qualquer sangramento vaginal em gestante com 20 ou mais semanas de gestação.
18. Mecônio - gestante com perda de líquido esverdeado pela vagina.

AMARELA

1. Relato de inconsciência - realizado por uma testemunha. Considerado também quando usuário não se lembrar do que aconteceu.
2. Ansiedade leve em gestante – gestante informa estar ansiosa.
3. Respiração ruim - saturação menor que 95% em ar ambiente.
4. Sangramento controlado e sem déficit – se estanca e PAS >80mmHg.
5. Circulação ruim – PAD ≥ 120mmHg sem lesão em órgão alvo (sem indicação de AVE e/ou SCA e/ou EAD).

PELVE**Fluxograma 5/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade**

6. Dor média - é uma dor importante que interrompe apenas atividades específicas. Na Escala Visual Analógica, equivale a 5 a 7.
7. Temperatura alta - temperatura entre 38,5 e 40,9°C.
8. Vomitando - classificador observa episódio de vômito.
9. Erupção difusa - erupção que atinge mais de 10% da área corporal.
10. Doença hematológica ou metabólica - registro em prontuário ou apresentação de comprovante da existência de doenças hematológica importante ou distúrbio metabólico congênito de rápido agravamento.
11. Celulite de escroto - edema e rubor em bolsa escrotal
12. Limitação não instantânea - qualquer limitação relatada de início entre as últimas 12 e 24h. Obs.: GESTANTE: gestante com mais de 20 semanas de gestação relata que nas últimas 12h percebeu diminuição ou ausência de movimentos fetais.
13. Relato inconsistente - o relato do usuário ou acompanhante não justifica os achados, principalmente em se tratando de vulneráveis.
14. Prurido - informa coceira generalizada ou localizada, com presença de sinais de coceira.
15. Eliminações com sangue - relata fezes e/ou vômito e/ou expectoração com sangue de qualquer característica.
16. Hemorragia digestiva - informa já ter apresentado hemorragia digestiva em algum momento da vida.
17. Trauma pélvico - toda queixa de trauma ocorrida na cavidade pélvica (logo abaixo da crista ilíaca) entre as últimas 12 e 24h.
Trauma em gestante - mulher que se declare gestante e que tenha sofrido nas últimas 24h qualquer trauma envolvendo impacto de queda.
18. Gravidez possível - toda mulher em idade fértil com vida sexual ativa desprotegida.
19. Relação sexual desprotegida até 72h - relação sexual desprotegida e consentida nas últimas 72h. Consentida implica estar em condições de expressar livre arbitrio, portanto, não pode haver combinação de drogas, seja legais ou não, independentemente da quantidade. Se preencher critério Enfermeiro Classificador realiza Teste Rápido e classifica, caso contrário limita-se a classificar.

VERDE

1. Circulação sem risco - PAS \geq 160mmHg e/ou PAD \geq 120mmHg assintomático.
2. Dor fraca recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu até 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
3. Temperatura pouco alta - temperatura entre 37,5 e 38,4°C
4. Edema ou inflamação local - inchaço, rubor, calor ou dor restrito a um local.
5. Corrimento uretral ou anal - qualquer corrimento de origem uretral ou anal independente do tempo de início
6. Exame no mesmo plantão - usuário retorna assintomático ou já medicado no mesmo plantão em que foi solicitado o exame.
7. Limitação recente - qualquer limitação relatada de início entre as últimas 24 e 72h.
8. Náusea ou Vômito - informa estar nauseado ou ter vomitado nas últimas 6h.
9. Tontura - relato de tontura ou vertigem com início em menos de 24h.
10. Trauma pélvico - trauma ocorrido na cavidade pélvica (logo abaixo da crista ilíaca) a mais de 72h.
Trauma em gestante - mulher que se declare gestante e que tenha sofrido há mais de 72 horas qualquer trauma envolvendo impacto de queda.
11. Prurido sem sinais - informa coceira generalizada ou localizada sem sinal algum.
12. Relação sexual desprotegida há mais de 72h - relação sexual desprotegida e consentida há mais de 72h. Consentida implica em condições de expressar livre arbitrio, portanto, não pode haver combinação de drogas, seja legais ou não, independentemente da quantidade.

AZUL

1. Dor fraca não recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu há mais de 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
2. Temperatura normal - Temperatura aferida no acolhimento entre 35,1° e 37,4°C.
3. Receita - solicitação ou renovação de qualquer receita.
4. Exame de outro plantão - usuário retorna assintomático ou medicado para mostrar resultado de exame solicitado em outro plantão.
5. Diarreia e/ou vômito assintomático - informa eliminações intestinais líquidas várias vezes sem alteração de sinais e/ou vômito com último episódio há mais de 6 horas e assintomático.
6. Limitação não recente - qualquer limitação relatada com início há mais de 72h.

COSTAS**Fluxograma 6/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade****VERMELHA**

1. Inconsciência – pontuação menor que 9 na Escala de Coma de Glasgow.
2. Convulsionando - indiferente ser parcial ou tônico ou clônica.
3. Via aérea obstruída - 15 segundos em que não se observa movimento ventilatório ou se constata estridor, sialorreia.
4. Choque - má perfusão capilar indentificada por sudorese; palidez; taquicardia; hipotensão e diminuição do nível de consciência.
5. Sangramento incontrolável - não se estanca e devido volume perdido estima-se o óbito em pouco tempo.

LARANJA

1. Rebaixamento de Nível de Consciência - indiferente a etiologia ser clinica ou droga seja ela licita ou ilícita.
2. Respiração muito ruim – sat. O₂ menor de 95% com O₂ ou menor de 92% em ar ambiente; uso de musculatura acessória ou frequência ventilatória fora do intervalo de 3 e 5 movimentos em 15 segundos.
3. Sangramento controlado e com déficit – se estanca, no entanto a PAS ≤ 80mmHg.
4. Circulação muito ruim – PAS ≤ 80 ou PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo (ou seja com indicação de AVEi e/ou SCA e/ou EAD) e/ou FC < 60 ou > 150 bpm.
5. Dor forte - é a pior dor, insuportável. O individuo não consegue fazer nenhuma atividade cotidiana. Na Escala Visual Analógica, equivale a 8 a 10.
6. Dor abdominal irradiada para as costas - dor que origina no abdome (abaixo da última costela e acima da crista ilíaca) e irradia para o dorso de forma contínua ou intermitente.
Epigastralgia – dor “na boca do estômago” acompanhada de náusea, sudorese e tontura.
7. Temperatura muito alta - temperatura ≥ 41,0°C.
8. Erupção – bolhosa ou excretante ocupando mais de 10% da área corporal ou erupção não bolhosa nem excretante que torna-se ou não branca sob compressão.
9. Hemorragia digestiva - registro em prontuário ou documento comprobatório de já ter tido hemorragia digestiva em algum momento da vida.
10. Doença cardiovascular ou respiratória – registro em prontuário ou apresentação de comprovante da existência de doenças cardiovascular e/ou respiratória ameaçadoras da vida – IAM, ICC, DPOC, asma lábil.
11. Limitação instantânea – qualquer limitação relatada com início nas últimas 12h.
12. Trauma nas costas - trauma direto nas costas ou na cabeça no sentido cefalocaudal, ocorrido nas últimas 12h.

AMARELA

1. Relato de inconsciência - realizado por uma testemunha. Considerado também quando usuário não se lembrar do que aconteceu.
2. Respiração ruim - saturação menor que 95% em ar ambiente.
3. Sangramento controlado e sem déficit – se estanca e PAS >80mmHg.
4. Circulação ruim – PAD ≥ 120mmHg sem lesão em órgão alvo (sem indicação de AVE e/ou SCA e/ou EAD).
5. Dor média - é uma dor importante que interrompe apenas atividades específicas. Na Escala Visual Analógica, equivale a 5 a 7.
6. Temperatura alta - temperatura entre 38,5 e 40,9°C.
7. Vomitando – classificador observa episódio de vômito.
8. Erupção difusa – erupção que atinge mais de 10% da área corporal.
9. Limitação não instantânea – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 12 e 24h.
10. Inalação de fumaça - relato de ter estado em ambiente confinado com fumaça.
11. Relato inconsistente – o relato do usuário ou acompanhante não justifica os achados, principalmente em se tratando

COSTAS**Fluxograma 6/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade**

de vulneráveis.

12. Prurido - informa coceira generalizada ou localizada, com presença de sinais de coceira.
13. Trauma nas costas - trauma direto nas costas ou na cabeça no sentido cefalocaudal, ocorrido entre últimas 12 e 24 horas sem dispneia.

VERDE

1. Circulação sem risco – PAS \geq 160mmHg e/ou PAD \geq 120mmHg assintomático.
2. Dor fraca recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu até 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
3. Temperatura pouco alta - temperatura entre 37,5 e 38,4°C
4. Edema ou inflamação local – inchaço, rubor, calor ou dor restrito a um local.
5. Sinais gripais - coriza, congestão nasal, rouquidão, espirros, tosse produtiva ou não, de início até 72h.
6. Exame no mesmo plantão - usuário retorna assintomático ou já medicado no mesmo plantão em que foi solicitado o exame.
7. Limitação recente – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 24 e 72h.
8. Náusea ou Vômito - informa estar nauseado ou ter vomitado nas últimas 6h.
9. Tontura – relato de tontura ou vertigem com início em menos de 24h.
10. Prurido sem sinais - informa coceira generalizada ou localizada sem sinal algum.
11. Trauma nas costas sem dispneia - trauma direto nas costas ou na cabeça no sentido cefalocaudal, ocorrido entre últimas 24 e 72h, sem dispneia.

AZUL

1. Dor fraca não recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu há mais de 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
2. Temperatura normal - Temperatura aferida no acolhimento entre 35,1° e 37,4°C.
3. Receita – solicitação ou renovação de qualquer receita.
4. Exame de outro plantão - usuário retorna assintomático ou medicado para mostrar resultado de exame solicitado em outro plantão.
5. Sinais gripais - queixa-se de coriza, congestão nasal, rouquidão, espirros, tosse produtiva ou não, de início há mais de 72h.
6. Limitação não recente – qualquer limitação relatada com início há mais de 72h.

EXTREMIDADES**Fluxograma 7/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade****VERMELHA**

1. Inconsciência – pontuação menor que 9 na Escala de Coma de Glasgow.
2. Convulsionando - indiferente ser parcial ou tônico ou clônica.
3. Via aérea obstruída - 15 segundos em que não se observa movimento ventilatório ou se constata estridor, sialorreia.
4. Choque - má perfusão capilar indetectada por sudorese; palidez; taquicardia; hipotensão e diminuição do nível de consciência.
5. Sangramento incontrolável - não se estanca e devido volume perdido estima-se o óbito em pouco tempo.

LARANJA

1. Rebaixamento de Nível de Consciência - indiferente a etiologia ser clínica ou droga seja ela lícita ou ilícita.
2. Respiração muito ruim – sat. O₂ menor de 95% com O₂ ou menor de 92% em ar ambiente; uso de musculatura acessória ou frequência ventilatória fora do intervalo de 3 e 5 movimentos em 15 segundos.
3. Sangramento controlado e com déficit – se estanca, no entanto a PAS ≤ 80mmHg.
4. Circulação muito ruim – PAS ≤ 80 ou PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo (ou seja com indicação de AVEi e/ou SCA e/ou EAD) e/ou FC < 60 ou > 150 bpm.
5. Comprometimento vascular distal – ocorre quando há alteração de temperatura e cor na parte do membro localizado após a lesão, com ou sem presença de pulso.
6. Dor forte - é a pior dor, insuportável. O indivíduo não consegue fazer nenhuma atividade cotidiana. Na Escala Visual Analógica, equivale a 8 a 10.
7. Precordialgia - dor retroesternal, normalmente em aperto ou peso com ou sem irradiação para braço esquerdo ou mandíbula, podendo ou não estar associada a náusea, sudorese, tontura e epigastralgia.
Epigastralgia – dor “na boca do estômago” acompanhada de náusea, sudorese e tontura.
8. Temperatura muito alta - temperatura ≥ 41,0°C.
9. Erupção – bolhosa ou excretante ocupando mais de 10% da área corporal ou erupção não bolhosa nem excretante que torna-se ou não branca sob compressão.
10. Fratura exposta – toda comunicação ou possível comunicação do meio externo com o osso
11. Limitação instantânea – qualquer limitação relatada com início nas últimas 12h.

AMARELA

1. Relato de inconsciência - realizado por uma testemunha. Considerado também quando usuário não se lembrar do que aconteceu.
2. Respiração ruim - saturação menor que 95% em ar ambiente.
3. Sangramento controlado e sem déficit – se estanca e PAS >80mmHg.
4. Circulação ruim – PAD ≥ 120mmHg sem lesão em órgão alvo (sem indicação de AVE e/ou SCA e/ou EAD).
5. Dor média - é uma dor importante que interrompe apenas atividades específicas. Na Escala Visual Analógica, equivale a 5 a 7.
6. Temperatura alta - temperatura entre 38,5 e 40,9°C.
7. Vomitando – classificador observa episódio de vômito.
8. Erupção difusa – erupção que atinge mais de 10% da área corporal.
9. Sinal de fratura – Dor em local específico que impede movimento; Inchaço; hematomas; crepitação; deformidade.
10. Doença hematológica ou metabólica – registro em prontuário ou apresentação de comprovante da existência de doenças hematológica importante ou distúrbio metabólico congênito de rápido agravamento.
11. Limitação não instantânea – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 12 e 24h. Obs.: GESTANTE: gestante com mais de 20 semanas de gestação relata que nas últimas 12h percebeu diminuição ou ausência de movimentos fetais.

EXTREMIDADES**Fluxograma 7/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade**

12. Relato inconsistente – o relato do usuário ou acompanhante não justifica os achados, principalmente em se tratando de vulneráveis.
13. Prurido - informa coceira generalizada ou localizada, com presença de sinais de coceira.

VERDE

1. Circulação sem risco – PAS \geq 160mmHg e/ou PAD \geq 120mmHg assintomático.
2. Dor fraca recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu até 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
3. Temperatura pouco alta - temperatura entre 37,5 e 38,4°C
4. Edema ou inflamação local – inchaço, rubor, calor ou dor restrito a um local.
5. Exame no mesmo plantão - usuário retorna assintomático ou já medicado no mesmo plantão em que foi solicitado o exame.
6. Limitação recente – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 24 e 72h.
7. Náusea ou Vômito - informa estar nauseado ou ter vomitado nas últimas 6h.
8. Prurido sem sinais - informa coceira generalizada ou localizada sem sinal algum.

AZUL

1. Dor fraca não recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu há mais de 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
2. Temperatura normal - Temperatura aferida no acolhimento entre 35,1° e 37,4°C.
3. Receita – solicitação ou renovação de qualquer receita.
4. Exame de outro plantão - usuário retorna assintomático ou medicado para mostrar resultado de exame solicitado em outro plantão.
5. Limitação não recente – qualquer limitação relatada com início há mais de 72h.

CONDUTA**Fluxograma 8/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade****VERMELHA**

1. Inconsciência – pontuação menor que 9 na Escala de Coma de Glasgow.
2. Convulsionando - indiferente ser parcial ou tônico ou clônica.
3. Via aérea obstruída - 15 segundos em que não se observa movimento ventilatório ou se constata estridor, sialorreia.
4. Choque - má perfusão capilar indentificada por sudorese; palidez; taquicardia; hipotensão e diminuição do nível de consciência.
5. Sangramento incontrolável - não se estanca e devido volume perdido estima-se o óbito em pouco tempo.
6. Hipoglicemia – em gestante, glicemia capilar inferior a 55mg/dL, independente de jejum ou pós prandial.

LARANJA

1. Rebaixamento de Nível de Consciência - indiferente a etiologia ser clínica ou droga seja ela lícita ou ilícita.
2. Respiração muito ruim – sat. O₂ menor de 95% com O₂ ou menor de 92% em ar ambiente; uso de musculatura acessória ou frequência ventilatória fora do intervalo de 3 e 5 movimentos em 15 segundos.
3. Sangramento controlado e com déficit – se estanca, no entanto a PAS ≤ 80mmHg.
4. Circulação muito ruim – PAS ≤ 80 ou PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo (ou seja com indicação de AVEi e/ou SCA e/ou EAD) e/ou FC < 60 ou > 150 bpm.
5. Comprometimento vascular distal – ocorre quando há alteração de temperatura e cor na parte do membro localizado após a lesão, com ou sem presença de pulso.
6. Dor forte - é a pior dor, insuportável. O individuo não consegue fazer nenhuma atividade cotidiana. Na Escala Visual Analógica, equivale a 8 a 10.
7. Cefaleia abrupta – aquela que iniciou em poucos minutos ou que o fez acordar.
8. Temperatura muito alta - temperatura ≥ 41,0°C.
9. HGT>200mg/dL + CAD - glicemia capilar superior a 200mg/dL associado a CetoAcidose Diabética, independente de jejum ou pós-prandial. CetoAcidose Diabética (CAD) é uma complicação metabólica aguda do diabetes caracterizada por hiperglicemia, hipercetonemia e acidose metabólica.
10. Sinais de meningismo – rigidez de nuca associado a cefaleia e fotofobia.
11. Enfisema subcutâneo – acúmulo de gás debaixo da pele, identificado como um suave abaulamento da pele e uma tumefação sonora à perfusão o que causa a sensação de achatamento de pequenas bolhas de ar, sem alteração na pele que o cobre.
12. Erupção – bolhosa ou excretante ocupando mais de 10% da área corporal ou erupção não bolhosa nem excretante que torna-se ou não branca sob compressão.
13. Fratura exposta – toda comunicação ou possível comunicação do meio externo com o osso.
14. TCE – observação de achados de trauma na cabeça.
15. Doença cardiovascular ou respiratória – registro em prontuário ou apresentação de comprovante da existência de doenças cardiovascular e/ou respiratória ameaçadoras da vida – IAM, ICC, DPOC, asma lábil.
16. Limitação instantânea – qualquer limitação relatada com início nas últimas 12h.
17. Imunossupressão – relato de doença autoimunes: Artrite reumatoide; Lúpus eritematoso sistêmico; Doença celíaca; Síndrome de Sjögren; Polimialgia reumática; Esclerose múltipla Espondilite anquilosante; DM1; Alopecia areata; Vasculite; Arterite temporal ou uso de medicamentos: Azatioprina (Imuram®); Tacrolimo (Prograf®, Tarfic® e Tacrofort®); Ciclosporina (Sandimmun® e Sigmasporim®); Prednisona (Meticorten®, Artinizona®, Corticorten®, Flamacorten®, Predson®, Prednax®, Prednis, Predcort® e Precortil®); Micofenolato de Sódio (Myfortic®); Micofenolato Mofetil (Cellcept®); Everolimo (Certican®) e Sirolimo(Rapamune®).
18. Risco especial de infecção - quem trabalha em laboratório ou que retornou nos últimos 14 dias de área endêmica.
19. Overdose - contato com CIT (0800-643-5252) determina prioridade e conduta.

AMARELA

1. Relato de inconsciência - realizado por uma testemunha. Considerado também quando usuário não se lembrar do que aconteceu.
2. Ansiedade leve – usuário informa estar ansioso.
3. Respiração ruim - saturação menor que 95% em ar ambiente.
4. Sangramento controlado e sem déficit – se estanca e PAS >80mmHg.

CONDUTA**Fluxograma 8/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade**

5. Circulação ruim – PAD \geq 120mmHg sem lesão em órgão alvo (sem indicação de AVE e/ou SCA e/ou EAD).
6. Dor média - é uma dor importante que interrompe apenas atividades específicas. Na Escala Visual Analógica, equivale a 5 a 7.
7. Temperatura alta - temperatura entre 38,5 e 40,9°C.
8. Hiperglicemia - glicemia capilar superior a 300mg/dL, independente de jejum ou pós-prandial, SEM indicativos de CAD.
9. Vomitando – classificador observa episódio de vômito.
10. Erupção difusa – erupção que atinge mais de 10% da área corporal.
11. Sinal de fratura – Dor em local específico que impede movimento; Inchaço; hematomas; crepitação; deformidade.
12. Doença hematológica ou metabólica – registro em prontuário ou apresentação de comprovante da existência de doenças hematológica importante ou distúrbio metabólico congênito de rápido agravamento.
13. Limitação não instantânea – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 12 e 24h.
14. Doença cardiovascular ou respiratória – registro em prontuário ou apresentação de comprovante da existência de doenças cardiovascular e/ou respiratória ameaçadoras da vida – IAM, ICC, DPOC, asma lábil.
15. Eliminações com sangue – relata fezes e/ou vômito e/ou expectoração com sangue de qualquer característica.
16. Relato inconsistente – o relato do usuário ou acompanhante não justifica os achados, principalmente em se tratando de vulneráveis.
17. Prurido - informa coceira generalizada ou localizada, com presença de sinais de coceira.
18. História inadequada – quando em TCE, não se tenha certeza da ingesta aguda de álcool não se pode excluir outras drogas, comorbidades.

VERDE

1. Circulação sem risco – PAS \geq 160mmHg e/ou PAD \geq 120mmHg assintomático.
2. Dor fraca recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu até 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
3. Temperatura pouco alta - temperatura entre 37,5 e 38,4°C
4. Edema ou inflamação local – inchaço, rubor, calor ou dor restrito a um local.
5. Exame no mesmo plantão - usuário retorna assintomático ou já medicado no mesmo plantão em que foi solicitado o exame.
6. Limitação recente – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 24 e 72h.
7. Náusea ou Vômito - informa estar nauseado ou ter vomitado nas últimas 6h.
8. Tontura - usuário relata tontura ou vertigem com início de menos de 24h.
9. Prurido sem sinais - informa coceira generalizada ou localizada sem sinal algum.

Obs: Na ausência de delimitador de maior prioridade, será usaa VERDE para todo usuário que procurou a Unidade por conta de agressão independente de ter sido autoafingida e/ou praticada por outra pessoa ou então aquele usuário em que conste registgro no prontuário de **AGRESSÃO, ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO OU DOENÇA MENTAL**, SEM DESCRITOR DE MAIOR PRIORIDADE SERÁ priorizado em VERDE.

AZUL

1. Dor fraca não recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu há mais de 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
2. Temperatura normal - Temperatura aferida no acolhimento entre 35,1° e 37,4°C.
3. Receita – solicitação ou renovação de qualquer receita.
4. Exame de outro plantão - usuário retorna assintomático ou medicado para mostrar resultado de exame solicitado em outro plantão.
5. Limitação não recente – qualquer limitação relatada com início há mais de 72h.

CAUSA EXTERNA**Fluxograma 9/9**

O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade

VERMELHA

1. Inconsciência – pontuação menor que 9 na Escala de Coma de Glasgow.
 2. Convulsionando - indiferente ser parcial ou tônico ou clônica.
 3. Via aérea obstruída - 15 segundos em que não se observa movimento ventilatório ou se constata estridor, sialorreia.
 4. Choque - má perfusão capilar indentificada por sudorese; palidez; taquicardia; hipotensão e diminuição do nível de consciência.
 5. Sangramento incontrolável - não se estanca e devido volume perdido estima-se o óbito em pouco tempo.
 6. Lesão ocular – incomodo nos olhos, causado por substância química ou perfuração ou possível perfuração ocular nas últimas 12h
 7. Hipoglicemia – em gestante, glicemia capilar inferior a 55mg/dL, independente de jejum ou pós prandial.
 8. Evisceração - herniação ou exteriorização de vísceras.
-

LARANJA

CAUSA EXTERNA**Fluxograma 9/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade**

1. Rebaixamento de Nível de Consciência - indiferente a etiologia ser clinica ou droga seja ela licita ou ilícita.
2. Ansiedade intensa – o usuário está extremamente perturbado físico e /ou emocionalmente (pânico).
3. Respiração muito ruim – sat. O₂ menor de 95% com O₂ ou menor de 92% em ar ambiente; uso de musculatura acessória ou frequência ventilatória fora do intervalo de 3 e 5 movimentos em 15 segundos.
4. Sangramento controlado e com déficit – se estanca, no entanto a PAS ≤ 80mmHg.
5. Comprometimento vascular distal – ocorre quando há alteração de temperatura e cor na parte do membro localizado após a lesão, com ou sem presença de pulso.
6. Circulação muito ruim – PAS ≤ 80 ou PAD ≥ 120 mmHg + lesão em órgão alvo (ou seja com indicação de AVEi e/ou SCA e/ou EAD) e/ou FC < 60 ou > 150 bpm.
7. Dor forte - é a pior dor, insuportável. O individuo não consegue fazer nenhuma atividade cotidiana. Na Escala Visual Analógica, equivale a 8 a 10.
8. Cefaleia abrupta – aquela que iniciou em poucos minutos ou que o fez acordar.
9. Temperatura muito alta - temperatura ≥ 41,0°C.
10. Cetoacidose - glicemia capilar superior a 200mg/dL associado a CetoAcidose Diabética, independente de jejum ou pós-prandial. CetoAcidose Diabética (CAD) é uma complicação metabólica aguda do diabetes caracterizada por hiperglicemia, hipercetonemia e acidose metabólica.
11. Risco alto – PRÓPRIO: estima-se mediante análise do histórico de autoagressão e do comportamento durante Classificação de Risco. Se há precedente ou no momento age para lesionar-se ou tentando evadir-se. PARA OUTRO: consegue-se esse dado através da linguagem corporal do usuário (punhos fechados, discurso alto, agressivo, ameaçador, agitação) associado a proximidade de armas e/ou vítimas potenciais ou se há relato de que usuário perdeu o controle.
12. Enfisema subcutâneo – acúmulo de gás debaixo da pele, identificado como um suave abaulamento da pele e uma tumefação sonora à perfusão o que causa a sensação de achatamento de pequenas bolhas de ar, sem alteração na pele que o cobre.
13. Fratura exposta/TCE – toda comunicação ou possível comunicação do meio externo com o osso. TCE: observação de achados de trauma na cabeça.
14. Exposição a fumaça -
15. Queimadura elétrica -
16. Limitação instantânea – qualquer limitação relatada com início nas últimas 12h.
17. Mortalidade - contato com CIT (0800-643-5252) determina prioridade e conduta.
18. Cinemática importante – toda vez que ocorrer lesão penetrante ou relato de evento com alta transferência de energia como FAF, queda de nível superior a 1,5x a altura da pessoa, colisão automobilística acima de 60Km/h, ejeção de passageiros de veículos, mortes envolvidas no incidente.

AMARELA

1. Relato de inconsciência - realizado por uma testemunha. Considerado também quando usuário não se lembrar do que aconteceu.
2. Ansiedade leve – usuário informa estar ansioso.
3. Respiração ruim - saturação menor que 95% em ar ambiente.
4. Sangramento controlado e sem déficit – se estanca e PAS >80mmHg.
5. Circulação ruim – PAD ≥ 120mmHg sem lesão em órgão alvo (sem indicação de AVE e/ou SCA e/ou EAD).
6. Dor média - é uma dor importante que interrompe apenas atividades específicas. Na Escala Visual Analógica, equivale a 5 a 7.
7. Temperatura alta - temperatura entre 38,5 e 40,9°C.
8. Hiperglicemia - glicemia capilar superior a 300mg/dL, independente de jejum ou pós-prandial, SEM indicativos de CAD.
9. Vomitando – classificador observa episódio de vômito.
10. Sinal de fratura – Dor em local específico que impede movimento; Inchaço; hematomas; crepitação; deformidade.

CAUSA EXTERNA**Fluxograma 9/9****O descritor confirmado ou na impossibilidade de ser negado determina a prioridade**

11. Erupção difusa – erupção que atinge mais de 10% da área corporal.
12. Doença hematológica ou metabólica – registro em prontuário ou apresentação de comprovante da existência de doenças hematológica importante ou distúrbio metabólico congênito de rápido agravamento.
13. Limitação não instantânea – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 12 e 24h.
14. Eliminações com sangue – relata fezes e/ou vômito e/ou expectoração com sangue de qualquer característica.
15. Relato inconsistente – o relato do usuário ou acompanhante não justifica os achados, principalmente em se tratando de vulneráveis.
16. TCE – informação prestada pelo próprio usuário ou acompanhante de trauma na cabeça.
17. Prurido - informa coceira generalizada ou localizada, com presença de sinais de coceira.
18. História inadequada – quando em TCE, não se tenha certeza da ingesta aguda de álcool não se pode excluir outras drogas, comorbidades.

VERDE

1. Circulação sem risco – PAS \geq 160mmHg e/ou PAD \geq 120mmHg assintomático.
2. Dor fraca recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu até 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
3. Temperatura pouco alta - temperatura entre 37,5 e 38,4°C
4. Edema ou inflamação local – inchaço, rubor, calor ou dor restrito a um local.
5. Exame no mesmo plantão - usuário retorna assintomático ou já medicado no mesmo plantão em que foi solicitado o exame.
6. Limitação recente – qualquer limitação relatada de início entre as últimas 24 e 72h.
7. Náusea ou Vômito - informa estar nauseado ou ter vomitado nas últimas 6h.
8. Tontura - usuário relata tontura ou vertigem com início de menos de 24h.
9. Prurido sem sinais - informa coceira generalizada ou localizada sem sinal algum.

AZUL

1. Dor fraca não recente - toda dor inferior à dor média e que surgiu há mais de 72h. Na Escala Visual Analógica, equivale a 1 a 4.
2. Temperatura normal - Temperatura aferida no acolhimento entre 35,1° e 37,4°C.
3. Receita – solicitação ou renovação de qualquer receita.
4. Exame de outro plantão - usuário retorna assintomático ou medicado para mostrar resultado de exame solicitado em outro plantão.
5. Limitação não recente – qualquer limitação relatada com início há mais de 72h.



APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM - MESTRADO PROFISSIONAL
ROTEIRO PARA ENTREVISTA



- Questões sobre perfil:
- Qual seu nome?
- Qual sua idade?
- Quantos anos tem de graduação em enfermagem?
- Onde cursou a graduação?
- Cursou alguma pós-graduação? Se sim, em que? Onde? E em que ano?
- Além da graduação de enfermagem, cursou alguma outra graduação ou curso técnico?
- Quantos anos atua como enfermeira(o)? Desses quantos são na prefeitura? E na UPA?
- Qual tua lotação principal?
- Qual carga horária semanal?
- Quais atividades ou funções desempenhadas dentro da UPA?
- Tem alguma outra fonte de renda?
- Faz sobreaviso na UPA? Se sim, qual médica mensal nos últimos doze meses?
- Faz horas extra na UPA? Se sim, qual médica mensal nos últimos doze meses?

Questões sobre objetivos da pesquisa:

- O que você entende por Acolhimento na UPA?
- Quem você entende que pode realizar Acolhimento na UPA?
- O que você entende por Classificação de Risco na UPA?
- Quem você entende que pode realizar Classificação de Risco na UPA?
- O que você entende por Triagem na UPA?
- Quem você entende que pode realizar Triagem na UPA?
- O que você entende por Acolhimento com Classificação de Risco na UPA?

- Quem você entende que pode realizar Acolhimento com Classificação de Risco na UPA?
- O que você entende por Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em UPA? Quais você conhece?
- Para o enfermeiro classificador é importante ter implantado, oficialmente, na UPA um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco?
- Para o usuário que procura atendimento na UPA é importante ter implantado, oficialmente na Unidade, um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco?
- Para a Prefeitura é importante ter implantado, oficialmente na Unidade, um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco?
- Após a leitura do protocolo com classificação de risco o que você aponta como potencialidades?
- Após a leitura do protocolo com classificação de risco o que você aponta como fragilidade?
- Quais as sugestões para melhoria do protocolo, considerando as fragilidades apontadas e o contexto da UPA?

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
(ENTREVISTA)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM - MESTRADO PROFISSIONAL**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Marcos Antonio Campolino, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Mestrado Profissional – da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), juntamente com Prof^ª. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento (pesquisadora responsável), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para Unidade de Pronto Atendimento: uma construção coletiva”, que tem como objetivos 1) Elaborar, em conjunto com os enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento municipal, um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco. 2) Identificar junto aos enfermeiros os aspectos positivos e as fragilidades do protocolo. 3) Conhecer as sugestões apontadas pelos enfermeiros para adequação do protocolo.

Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) para aprovação, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, especialmente na exposição clara nesse documento dos aspectos éticos e confidencialidade das informações fornecidas; justificativa; objetivos; procedimentos e metodologia da presente pesquisa. Todos esses pontos devidamente explicitados a seguir nesse termo ao qual você receberá uma via. Tal documento foi aprovado pelo CEPSH sob número 3.23.489.

Os resultados esperados pretendem balizar, com segurança, o tempo de espera do usuário até a classificação de risco e, principalmente, até o atendimento médico; respaldar legalmente o enfermeiro classificador em sua função de acolher e classificar o usuário; e fortalecer o posicionamento estratégico da UPA-B e Sul para a saúde pública do município, dessa forma beneficiar a sociedade.

Convidamos a participar do referido estudo através de três encontros, todos realizados em seu local de trabalho. O primeiro é esse e tem o objetivo de: explicar e convidar a participar da pesquisa e fornecer o TCLE, com tempo previsto de 20 minutos. No segundo encontro, com duração de até 30 minutos será realizada a entrevista áudio-gravada e que será transcrita pelos pesquisadores, para qual há um TCLE específico. No terceiro encontro, será apresentada a entrevista transcrita e após lê-la, poderá validá-la, indicar correções ou mesmo negá-la por completo ou em parte, independente da decisão, será necessário assinar termo de confirmação. Para esse encontro o tempo previsto será de 20 minutos. Haverá outros encontros durante a passagem de plantão nos quais haverá discussão com os profissionais que recebem e os que passam o plantão, com duração estimada de até 20 minutos.

Este estudo não apresenta riscos de natureza física a você, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre o tema, que pode retomar vivências. Compreendendo esse potencial risco, estamos dispostas a ouvi-lo(a), interromper a entrevista, reiniciá-la sob a sua anuência, tão logo você esteja à vontade para continuá-la ou desistir, além de indicar acompanhamento e assistência durante e após término da pesquisa.

É assegurado-lhe o direito de solicitar desligamento da pesquisa a qualquer momento, sem a necessidade de nenhuma explicação e muito menos aplicação que qualquer penalização.

O material coletado durante a entrevista poderá ser consultado sempre que solicitar. Informamos que, apesar dos cuidados dos pesquisadores, existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Nos resultados deste trabalho o seu nome não será revelado, ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Informamos que tais resultados poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos, garantindo-lhe o anonimato.

A legislação brasileira não permite compensação financeira por participação em pesquisa, portanto, sua contribuição será voluntária, mas garantimos que você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Contudo, caso haja custos comprovadamente vinculadas a sua participação neste estudo, ressarcir-lo-emos segundo os rigores da lei.

Nenhum prejuízo, dano, desconforto lhe será imposta caso recuse ou desista a qualquer momento até a publicação dos resultados, bastando informar-nos de tal decisão.

Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo:

Pesquisadora coordenadora: Dra. Eliane Regina Pereira Do Nascimento

(48)3721.2203e-mail eliane.nascimento@ufsc.br

Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 3º andar, sala 303, Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, Florianópolis-SC, CEP 88.040-900.

Pesquisador principal: Marcos Antonio Campolino

(48) 98822-4455e-mail: marcos.antonio.campolino@gmail.com

Rua Prof. Clementino de Brito, 205, ap 1203, Bairro Capoeiras, Florianópolis-SC, CEP 88.070-150

CEPSH-UFSC: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC

(48) 3721-6094e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, *Campus* Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Bairro Trindade, Florianópolis-SC

Este documento, composto de três páginas, impressas em ambos lados da folha, está redigido em duas vias, rubricado em ambos lados por você e por nós, como pesquisadores responsáveis e ao final assinado. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Os pesquisadores, assinam esse documento, comprometendo-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa “Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para Unidade de Pronto Atendimento: uma construção coletiva”

Eliane Regina Pereira Do Nascimento

Pesquisadora coordenadora

Marcos Antonio Campolino

Pesquisador principal

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária, resguardando os autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Nome do participante: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____ Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM - MESTRADO PROFISSIONAL**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, _____ depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada: **“Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para Unidade de Pronto Atendimento”** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, os pesquisadores Eliane Regina Pereira do Nascimento e Marcos Antonio Campolino a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma das partes.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

- O estudo não me apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre o tema, que pode retomar vivências. Baseado nesse potencial risco, o pesquisador, se necessário, interromperá a entrevista e reiniciá-la sob a minha anuência, tão logo esteja à vontade para continuá-la ou desistir. Conforme a necessidade os pesquisadores indicaram acompanhamento e assistência durante e após término da pesquisa;
- Requerer a posse de gravação e transcrição de minha entrevista e se considerar necessário, solicitar mudança de parte ou todo que não concorde, inclusive com meu desligamento a meu pedido a qualquer momento até publicação dos resultados, sem a necessidade de nenhuma explicação e muito menos aplicação que qualquer penalização, prejuízo, dano ou desconforto a minha pessoa, bastando informar os pesquisadores sobre tal decisão;
- Estou ciente que, apesar dos cuidados dos pesquisadores, existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Nos resultados deste trabalho o

meu nome não será revelado, ou qualquer informação relacionada a minha privacidade. E que tais conclusões poderão ser apresentadas em eventos ou periódicos científicos, garantindo-me o anonimato;

- A legislação brasileira não permite compensação financeira por participação em pesquisa, portanto, minha contribuição será voluntária, mas os pesquisadores garantem-me que não terei nenhuma despesa. Contudo, caso haja custos comprovadamente vinculadas a sua participação neste estudo, será ressarcido na forma da lei;
- Esse Termo de Gravação de Voz redigido em ambos lados da folha em duas vias, traz importantes informações de contato e garantias de direitos do participante da pesquisa, devendo, portanto, guardar por todos aqueles que contribuirão para o presente trabalho;
- Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora coordenadora da pesquisa Dra Eliane Regina Pereira do Nascimento, e após esse período, serão destruídos;
- O material coletado durante a entrevista poderá ser consultado sempre que solicitador.

Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo:

Pesquisadora coordenadora: Dra. Eliane Regina Pereira Do Nascimento

(48)3721.2203e-mail eliane.nascimento@ufsc.br

Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 3º andar, sala 303, Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, Florianópolis-SC, CEP 88.040-900.

Pesquisador principal: Marcos Antonio Campolino

(48) 98822-4455e-mail: marcos.antonio.campolino@gmail.com

Rua Prof. Clementino de Brito, 205, ap 1203, Bairro Capoeiras, Florianópolis-SC, CEP 88.070-150

CEPSH-UFSC: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC

(48) 3721-6094e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, *Campus* Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Bairro Trindade, Florianópolis-SC

Este documento, composto de três páginas, impressas em ambos lados da folha, está redigido em duas vias, rubricado em ambos lados por você e por nós, como pesquisadores responsáveis e ao final assinado. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Os pesquisadores, assinam esse documento, comprometendo-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa “Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para Unidade de Pronto Atendimento: uma construção coletiva”

Eliane Regina Pereira Do Nascimento
Pesquisadora coordenadora

Marcos Antonio Campolino
Pesquisador principal

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária, resguardando os autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Nome do participante: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____ Data: ____ / ____ / ____