

Campo Grande | MS
2023



Acolhimento *com* CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



ORGANIZADORES

Marcia Naomi Santos Higashijima
Rodrigo Rodrigues de Melo



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER

GOVERNADOR

EDUARDO CORRÊA RIEDEL

VICE-GOVERNADOR

JOSÉ CARLOS BARBOSA

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

MAURÍCIO SIMÕES CORRÊA

SECRETÁRIA ADJUNTA DE ESTADO DE SAÚDE

CRHISTINNE CAVALHEIRO MAYMONE GONÇALVES

SUPERINTENDENTE DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO NA SAÚDE

ANDRÉ VINICIUS BATISTA DE ASSIS

DIRETOR ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER

ANDRÉ VINICIUS BATISTA DE ASSIS

GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM GESTÃO E ATENÇÃO À SAÚDE (GEPAS)

MARCIA NAOMI SANTOS HIGASHIJIMA

EQUIPE GEPAS

FERNANDA SOLLBERGER CANALE

RODRIGO RODRIGUES DE MELO

TÂNIA RUTH ORTIZ PEREIRA

Autores

Felipe Cesar Veloso de Oliveira

Fernanda Sollberger Canale

Marcia Naomi Santos Higashijima

Rodrigo Rodrigues de Melo

Revisão

Wellington Rodrigues de Almeida

Revisão Final

Fernanda Sollberger Canale

Marcia Naomi Santos Higashijima

Diagramação

Breda Naia Maciel Aguiar

Otávio de Oliveira Guimarães

Publicidade

Luan Emílio Pasquali

Administração Moodle

Marcia Naomi Santos Higashijima

Wellington Rodrigues de Almeida

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Urgência e emergência [livro eletrônico] :
acolhimento com classificação de risoc /
Felipe Cesar Veloso de Oliveira...[et al.] ;
organização Marcia Naomi Santos Higashijima ,
Rodrigo Rodrigues de Melo. -- 1. ed. --
Campo Grande, MS : Escola de Saúde Pública Dr.
Jorge David Nasser (ESP/MS), 2023.
PDF

Outros autores: Fernanda Sollberger Canale,
Marcia Naomi Santos Higashijima, Rodrigo Rodrigues
de Melo.

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-980366-3-8

1. Acolhimento nos serviços de saúde - Brasil
2. Avaliação de riscos de saúde 3. Atendimento
médico 4. Emergências médicas 5. Humanização dos
serviços de saúde 6. Protocolos médicos 7. Saúde
pública 8. Sistema Único de Saúde (Brasil)
9. Urgências médicas I. Oliveira, Felipe Cesar
Veloso de. II. Canale, Fernanda Sollberger.
III. Higashijima, Marcia Naomi Santos.
IV. Melo, Rodrigo Rodrigues de.

23-176204

CDD-362.10981

Índices para catálogo sistemático:

1. Sistema Único de Saúde : Atenção básica :
Brasil : Bem-estar social 362.10981

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	6
Parte I: Princípios Doutrinários do SUS.....	9
Parte II: Princípios Organizacionais do SUS.....	11

CAPÍTULO II

MODELOS DE AGENDAMENTO	15
-------------------------------------	----

CAPÍTULO III

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	22
Parte I: Protocolos de Classificação de Risco.....	25

CAPÍTULO IV

ELABORAÇÃO DE FLUXOS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	44
Parte I: Atendimento Especializado para pacientes especiais.....	50

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a maior Política de Inclusão Social do Mundo, tendo como princípios e diretrizes: Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação Popular.

Tal modelagem estrutural do Sistema apresenta desafios enormes, que englobam serviços de saúde, profissionais e sociedade, à medida que o Brasil tem características tão diversas, complexas e dinâmicas, para as quais devem ser pensadas, planejadas e adotadas estratégias que atendam o máximo possível essa complexidade do País.

Os serviços de saúde cada vez mais têm buscado arranjos organizativos, instrumentos e dispositivos, que implementados, gerem mudanças significativas dos processos de trabalho no atendimento à população assistida pelo SUS.

O Acolhimento com Classificação de Risco é uma das estratégias desenvolvidas para superar um dos maiores desafios do SUS, o acesso oportuno aos serviços de saúde, já que do que adianta atendimento universal, gratuito, integral e equânime, se as pessoas não têm o acesso oportuno?

A Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser apresenta o curso de Acolhimento com Classificação de Risco na Urgência e Emergência para que profissionais possam conhecer, refletir e transformar suas práticas de cuidado em saúde com ferramentas consolidadas, desde modelos de agendamentos, acolhimento com classificação de risco até a elaboração de fluxos para atendimento.

André Vinicius Batista de Assis

Diretor da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser

CAPÍTULO I

O Sistema Único de Saúde

*Rodrigo Rodrigues de Melo
Marcia Naomi Santos Higashijima*

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce a partir do movimento da **Reforma Sanitária Brasileira**. Os princípios do SUS, fixados na **Constituição Federal** e detalhados na Lei Orgânica da saúde, foram o resultado de um longo processo histórico e social, que buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003).

REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A expressão “Reforma Sanitária” foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, utilizada como base para discussões na Assembleia Nacional Constituinte (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003).

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

A Constituição Federal de 1988, foi um marco muito importante para o nosso País, pois foi a primeira Carta Magna, após a população brasileira viver sob um regime ditatorial.



Este processo teve como marco institucional a **8ª Conferência Nacional de Saúde**, realizada em março de 1986, contando com a participação de setores organizados da sociedade, com destaque para a participação dos usuários. As ações e serviços de saúde públicos e privados conveniados ou contratados que incorporam o SUS, são prestados conformes art. 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Fonte: conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma

O Brasil é o único país com mais de 200 milhões de habitantes que possui um sistema de saúde público e universal. O SUS oferece acesso gratuito a atendimentos, procedimentos, serviços de emergência, transplantes, imunizantes e remédios, além de financiar pesquisas. E para que tudo isso possa funcionar, existem os princípios e diretrizes do SUS (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2022).

Mas, afinal, o que são as diretrizes do SUS?

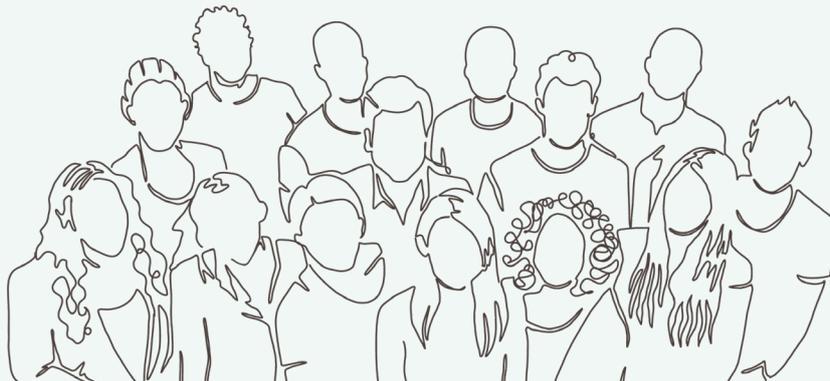
São um conjunto de elementos doutrinários e de organização que formam a base para o seu funcionamento. Esses princípios e diretrizes podem ser divididos, de acordo com sua função, em doutrinários ou organizacionais. Os doutrinários são: **Universalidade**, **Integralidade** e **Equidade** (BRASIL, 1988).

Parte I

PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS

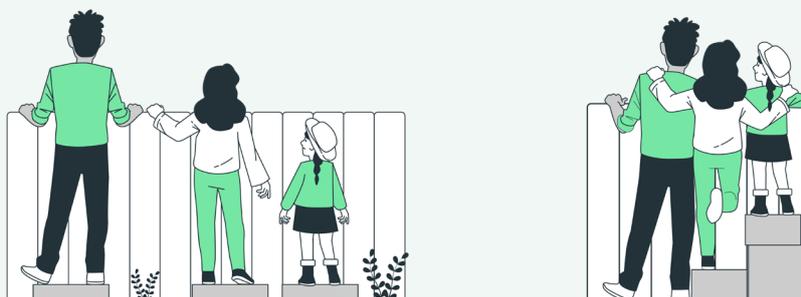
UNIVERSALIDADE DE ACESSO

É um dos princípios fundamentais do SUS e deve ser garantido o acesso às diversas modalidades de serviços A TODAS as pessoas, independentemente de gênero, cor, profissão ou outras características identitárias (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2022). Todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente da complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Ele implica a substituição do modelo contributivo de seguro social que vigorou por um longo período no Brasil, que condicionava o acesso à saúde aos contribuintes da previdência social (BRASIL, 1988).



EQUIDADE

Significa igualdade da atenção à saúde, sem privilégios ou preconceitos. A pessoa na sua individualidade é um ser singular, as necessidades de cada um são diferentes, portanto, têm necessidades distintas. Isto é, equidade **TRATA DESIGUALMENTE OS DESIGUAIS NA MEDIDA DA SUA DESIGUALDADE**. Considerando isto, o poder público tem o dever de investir mais onde a carência é maior (BRASIL, 2009).



INTEGRALIDADE

A INTEGRALIDADE da assistência pode ser entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de atenção do sistema. A ideia é que as ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças não sejam dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar voltadas para o diagnóstico, tratamento e a reabilitação (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Parte II

PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS DO SUS

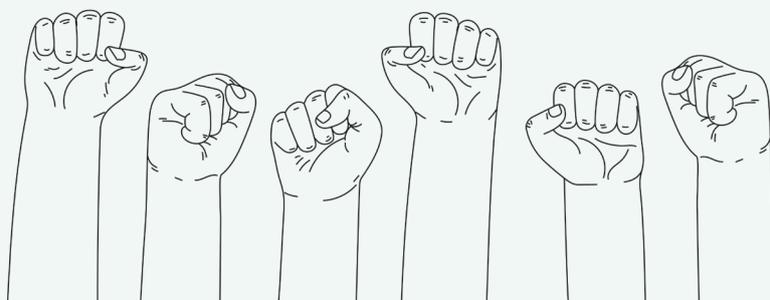
Os princípios organizacionais indicam a forma de organização e operacionalização das ações; são eles que estabelecem as estratégias e os meios para que os valores fundamentais do SUS se efetivem (BRASIL, 1990).

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE é a garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, possa participar (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012):

- Do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde;
- Da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS;
- Do controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados nas diferentes esferas de governo.

A participação da comunidade se expressa pela constituição dos conselhos de saúde e pela realização das conferências de saúde que representam um canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os trabalhadores da saúde e a população (BRASIL, 1990).



DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA

A DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA, associada ao comando único em cada esfera de governo, redefine responsabilidades entre os entes, reforçando a importância dos executivos municipais e estaduais na política de saúde, ou seja, garante autonomia dos governos na elaboração de suas políticas próprias. O objetivo desse princípio é promover a democratização, melhorar a eficiência, a efetividade e os mecanismos de prestação de contas e acompanhamento das políticas públicas (BRASIL, 2021).

REGIONALIZAÇÃO

A REGIONALIZAÇÃO tem como objetivo garantir o acesso da população às ações e aos serviços de saúde de forma integral e equânime, ou seja, organiza e disponibiliza os serviços por níveis de atenção e aproxima os serviços de saúde da população. Assim, a organização dos serviços é condição fundamental para que estes ofereçam as ações necessárias de forma apropriada. Para isso, é preciso definir as unidades que compõem a rede por níveis de atenção e distribuí-las geograficamente (KUSCHNIR et al., 2011).



O termo hierarquização não é o mais adequado e deixou de ser utilizado por considerar que o SUS é organizado de forma descentralizada e, a partir das redes de atenção à saúde.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) têm sido uma proposta para gerir políticas e projetos, onde os recursos são escassos e os problemas complexos, onde os agentes públicos e privados passam a compor uma rede de serviços como uma malha que interconecta e, ainda integram os chamados “Pontos de Atenção à Saúde” (PAAtS) de determinado território. As RAS se organizam, sistematicamente, nos diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção à saúde, e tem como objetivo articular e adequar as ofertas para o atendimento ao usuário, procurando melhorar a qualidade de vida das pessoas usuárias e os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, buscando a eficiência na utilização de recursos de saúde (BRASIL, 2021).



O SUS representa a democracia e os direitos conquistados pela população ao longo do século XX. Graças aos seus princípios e diretrizes consegue manter um padrão de organização em todo o país até hoje (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Fonte: revistapesquisa.fapesp.br/um-sistema-que-salva-vidas/
Foto: Léo Ramos Chaves

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, ano 1988, seção 1, páginas 145-176.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ano 1990, n. 181, p.18.055-18.059, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Curso I: **Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS/Progestores, 2003.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **Pense SUS**. Rio de Janeiro, RJ, 2022. Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/universalidade>. Acesso: 23/08/2022.

KUSCHNIR R, LIMA L.D. BAPTISTA T.W.F, MACHADO C.V. **Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS**. Qualificação de Gestores do SUS, 2011.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde – SUS. In GIOVANELLA, L. (orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2 ed., rev., amp; 2012. p.365-393.

CAPÍTULO II

Modelos de Agendamento

*Rodrigo Rodrigues de Melo
Marcia Naomi Santos Higashijima*

O SUS coloca à disposição da população serviços amplos, integrais e gratuitos, que abrange toda a complexidade em saúde (PAIM, 2009). No entanto, apesar de existir a oferta do mais simples ao mais complexo dos serviços, o **acesso** ainda é um desafio, por mais que tenha ocorrido a sua ampliação nas últimas décadas, pois várias barreiras permeiam o acesso dos usuários aos serviços, tais como, geográficas, financeiras, organizacionais e de informação (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Significado: “(...) *fluxo de eventos que resultam na utilização de serviços de saúde curativos, a partir da percepção de uma necessidade de saúde pelo indivíduo.*” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, pág. 185)

Dentre as barreiras organizacionais, a fila é uma situação recorrente, o que pressupõem que a capacidade de prover o serviço é inferior ao número de usuários. Deste modo, forma-se um gargalo onde os recursos disponíveis precisam de critérios para definir prioridades e riscos de cada paciente (STARFIELD, 2002). Ainda, são vários os aspectos para oferecer acesso ao usuário: profissionais, infraestrutura, horário de funcionamento do serviço, os meios para se chegar até ele, a comunicação e os fatores culturais (NORMAN; TESSER, 2015).

O tipo de agendamento de consultas pode interferir diretamente no acesso à Atenção Básica (AB). Se efetivo, aumenta a satisfação dos profissionais e usuários, melhorando o ambiente de trabalho, a qualidade do cuidado e a segurança do paciente (PEREIRA, 2018).

Os **modelos de agendamento** de atendimento adotados influenciam diretamente na qualidade do acesso ao serviço. A organização das demandas em saúde, sejam elas **programadas** ou **espontâneas**, é um desafio para a AB no Brasil. Além destas, há ainda a demanda reprimida, constituída por usuários que foram desassistidos em algum momento, o que favorece o aumento da judicialização (VIDAL *et al.*, 2019; CHÁVES *et al.*, 2020).

PROGRAMADAS

Caracteriza-se pela realização de ações e/ou agendamentos prévios dos serviços de saúde. (CHÁVES *et al.*, 2019, p. 3).

ESPONTÂNEA

Aquela em que o indivíduo comparece à unidade de saúde de forma inesperada, por eventos agudos ou situações consideradas como necessidade de saúde pelo usuário, sendo este “domiciliado (ou não) ao território. CHÁVES *et al.*, 2019, p. 3).



Fonte: abrasco.org.br/site/noticias/opiniao
Foto: Gabriel P.

Uma estratégia eficaz utilizada nos últimos anos para melhorar a atenção às necessidades dos usuários e reduzir o tempo de espera nos serviços de saúde é o acolhimento da demanda espontânea direto na AB, tendo em vista que esta é a porta de entrada para todos os outros níveis de atenção à saúde (NORMAN; TESSER, 2015).

Vidal *et al.* (2019) falam sobre os modelos de agendamentos na AB e como se dá seu funcionamento: **acesso avançado**, **carve-out semanal** e **quinzenal** e o **modelo tradicional**.

ACESSO AVANÇADO

Aproximadamente 65%–90% das consultas médicas diárias são reservadas para demanda espontânea. A maioria das consultas programadas (agendamentos prévios) resulta de acúmulos positivos (positive backlogs) de trabalho, representando os pacientes que não querem a consulta naquele dia e os que são agendados pelo médico após avaliação de critérios clínicos e sociais. O tempo de espera máximo por uma consulta é de dois dias úteis (VIDAL *et al.*, 2019, pág. 03).

CARVE-OUT SEMANAL

50% das consultas médicas diárias são reservadas para o atendimento de demanda espontânea, enquanto 50% são para o atendimento de consultas programadas. O tempo de espera máximo por uma consulta eletiva é de cinco dias úteis (VIDAL *et al.*, 2019, pág. 03).

CARVE-OUT QUINZENAL

50% das consultas médicas diárias são reservadas para o atendimento de demanda espontânea, enquanto 50% são para o atendimento de consultas programadas. O tempo de espera máximo por uma consulta eletiva é de dez dias úteis (VIDAL *et al.*, 2019, pág. 03).

MODELO TRADICIONAL

Todas as consultas médicas diárias são pré-agendadas (agenda supersaturada). Não há reserva de vagas para demanda espontânea, que são encaixadas entre os atendimentos, gerando duplicidade de agendamentos em um mesmo horário (*double-booking*). Nesse modelo a média do tempo de espera por uma consulta eletiva é bastante variável, por vezes sendo maior que trinta dias (VIDAL *et al.*, 2019, pág. 03).

Para definir o tipo de acesso ou os tipos de acesso, a Unidade de Saúde deve fazer o levantamento por dia e turno (matutino, vespertino e noturno, se for o caso) das demandas programadas e espontâneas, e anotar qual o tempo de espera de cada usuário da sua chegada até o encerramento do seu atendimento. Somente a partir desses dados é possível compreender qual seria a melhor forma de organizar o serviço e o modelo de agendamento mais adequado (NORMAN, 2015).

Lembrando que a Classificação de Risco deve estar incluída neste processo, seguindo protocolos atualizados, e devendo ser realizado somente pelas categorias da enfermagem, medicina e odontologia, cada um dentro dos seus **núcleos de saber** (BRASIL, 2017).

O núcleo de saber demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional (CAMPOS, 2000)

Porém, apenas redefinir o modelo de agendamento não é o suficiente para que o processo de trabalho melhore, é preciso haver processos educativos permanentes entre a equipe e, entre a equipe e os usuários para a compreensão do novo modelo de trabalho que irá se estabelecer. E ajustes precisam ser feitos no processo, conforme observam-se inadequações (GRANJA *et al.* 2022).

É necessário que os trabalhadores compreendam que as filas presenciais em Unidades Básicas não deveriam mais ser uma realidade, considerando todo o aparato tecnológico que tem sido desenvolvido para mitigar essa situação, inclusive pela implantação do e-SUS. Além disso, a agenda temática (dia da gestante, idoso, hipertenso, etc.) demonstra-se ineficiente para o atendimento das necessidades da população (CASTRO, 2021).

Estratégia e-SUS Atenção Primária

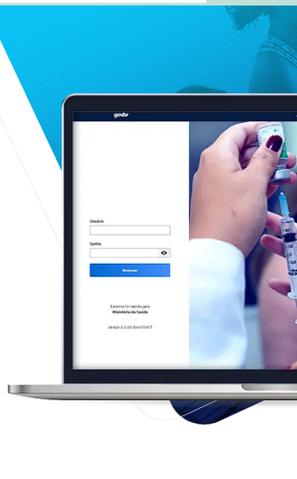
Em busca de
um **SUS** eletrônico

Conheça

Download do sistema

Um sistema gratuito e do SUS!

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL
BRASIL UNIDADE E RECONSTRUÇÃO



Fonte: sisaps.saude.gov.br/esus/

Deste modo, fica evidente que o modelo tradicional de agendamento não atende integralmente aos princípios e diretrizes do SUS, principalmente pela barreira organizacional de acesso a toda cartela de serviços que a Unidade de Saúde pode oferecer. Carregando alto índice de absenteísmo devido aos agendamentos ultrapassarem um tempo razoável de espera, o que pode promover a agudização de uma condição que poderia ter sido controlada se o usuário tivesse acesso em tempo oportuno, configurando uma AB pouco resolutiva em suas causas (GRANJA *et al.*, 2022).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2017.

CASTRO, D. M. **Percepção dos coordenadores sobre a implementação do modelo de acesso avançado** [Dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Mestrado em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no SUS. 2021.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

CHÁVES, G. M. et al. Teorização da demanda por profissionais e usuários da estratégia saúde da família: espontânea, programada, reprimida. **Texto contexto - enferm.** [internet], v. 29, 2020.

GRANJA, G. F. et al. Implantação do modelo de acesso avançado em unidades de saúde: aceitabilidade, viabilidade e sustentabilidade. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, e43611427710, 2022.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e Prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 165–179, jan. 2015.

PAIM JS. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

PEREIRA N.V.S.. **A implantação do acesso avançado no serviço de atenção primária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre** [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018 [acesso em 24/06/2023].

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

VIDAL, T. B. et al. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Rev Saúde Pública**, n. 53, v. 38, 2019.

CAPÍTULO III

Acolhimento com Classificação de Risco

*Felipe Cesar Veloso de Oliveira
Marcia Naomi Santos Higashijima
Rodrigo Rodrigues de Melo*

Acolhimento PODE SER COMPREENDIDO COMO:

[...]a necessidade de humanizar o atendimento e a recepção do usuário no sistema de saúde com vistas à promoção de solução dos casos através de uma escuta qualificada e responsável, reconhecendo o usuário como sujeito central na promoção da saúde. Além disso, o acolhimento é uma ferramenta essencial para a organização do processo de trabalho (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2022, p. 5).

O acolhimento difere da triagem por **acolher, escutar, dar respostas e orientações adequadas aos usuários**, com **resolutividade e responsabilização**. Ao contrário da triagem, que acaba por ser uma ação de distribuição de fichas, classificação de consultas e procedimentos específicos; o que muitas vezes acaba por não considerar as necessidades de saúde e o indivíduo de forma integral (BRASIL, 2009).

A cartilha **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde** da secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul descreve como implementar e qualificar o acolhimento, apresentando estratégias importantes, como: diagnóstico das principais demandas e necessidades dos usuários, mapeamento do fluxo do usuário no serviço, estabelecimento de protocolo de classificação de risco, a importância de conhecer a rede de atenção à saúde do território, entre outras (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2022).



Cartilha de Acolhimento na Atenção Primária à Saúde, publicada em novembro de 2022. A cartilha contém um QR Code para acesso à informação e o texto "CLIQUE AQUI ou acesse o QR Code".

Logo: DAPST

○ **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)** apresenta-se como **uma ferramenta de reorganização dos fluxos de trabalho**, que permite ampliar a resolutividade, integrando critérios de avaliação de risco, que levem em consideração toda a complexidade dos fenômenos saúde e doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, priorização do atendimento ao longo do tempo, redução do número de mortes evitáveis, sequelas e internações (MENEZES et al, 2014).

Assim, o **ACCR** serve para definir a prioridade clínica e separar os usuários que precisam de tratamento imediato, daqueles que apresentam um quadro clínico mais estável e que podem esperar um pouco mais pelo atendimento. Independente do quadro clínico, deve-se alinhar as informações e repassar no momento exato aos acompanhantes que estão em espera, contribuindo para um fluxo adequado e uma organização de atendimento (BRASIL, 2004).

Parte I

PROTOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação de risco pode e deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de usuários que procuram as portas de entrada dos serviços de saúde, gerando um atendimento resolutivo e humanizado. Incorpora critérios de avaliação de riscos, considerando o fenômeno saúde-doença, o grau de sofrimento, priorização da atenção no tempo oportuno, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações (MAFRA et al, 2006).

Por isso, iremos apresentar os modelos mais comumente utilizados. Contudo, é importante ressaltar que cada modelo tem características próprias, e que na construção e definição do protocolo de ACCR o município/unidade/serviço deve desenvolver seu próprio protocolo, que atenda às necessidades de saúde e a estrutura dos serviços de saúde presentes.

1 . ESCALA DE TRIAGEM AUSTRALIANA (AUSTRALIAN TRIAGE SCALE - ATS)

A Escala de Triagem Australiana (ATS) é aplicada por enfermeiros, que utilizam uma lista de descritores clínicos para atribuir uma categoria de urgência. Estabelece o tempo máximo de atendimento e a determinação de padrões mínimos a serem registrados, sendo: data e horário da avaliação;

- nome do profissional que realizou a classificação de risco;
- queixa ou acometimento principal;
- história pregressa; achados clínicos relevantes;
- categoria inicial da classificação de risco;
- categoria após a reavaliação da classificação de risco (citando tempo e motivo);
- local de realização da avaliação;
- tratamento e diagnóstico e medidas que foram iniciadas (AUSTRALIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2016).

A ATS é dividida em cinco categorias de urgência, escalonadas com base na cor e tempo-alvo (resposta). Não há neste protocolo uma seção específica de pediatria. Os descritores clínicos vão desde sintomas à parâmetros clínicos e comportamentais, como pode ser visto nas tabelas a seguir (ROCHA, 2018).

CATEGORIAS DE URGÊNCIA DA ATS

CATEGORIA 1 • VERMELHA

RESPOSTA

Imediata • Simultaneamente avaliação e tratamento

DESCRIÇÃO

Imediato ameaça à vida • Condições que são ameaças à vida (ou risco iminente de piora) e necessitam de imediata intervenção.

DESCRITORES CLÍNICOS

- Parada cardíaca
- Parada respiratória
- Risco imediato para as vias aéreas, parada iminente
- Frequência respiratória <10/min
- Desconforto respiratório extremo
- PA < 80 (adulto) ou criança/bebê gravemente chocado
- Não responde ou responde apenas à dor (ECG <9)
- Convulsão contínua/prolongada
- Superdosagem e sem resposta ou Hipoventilação
- Distúrbio comportamental grave com ameaça de violência perigosa.

CATEGORIAS DE URGÊNCIA DA ATS

CATEGORIA 2 • LARANJA

RESPOSTA

Avaliação e tratamento dentro de 10 minutos • avaliação e tratamento muitas vezes simultânea

DESCRIÇÃO

Iminente com risco de vida • A condição do paciente é grave o suficiente ou deteriorando-se tão rapidamente que existe o potencial de ameaça à vida, ou falha do sistema, se não for tratada dentro de dez minutos da chegada **ou**

Tempo crítico importante para o tratamento

• O tempo crítico define o potencial do tratamento ter um efeito significativo sobre resultado clínico, assim, devendo iniciar dentro alguns minutos da chegada do paciente **ou**

Dor muito forte • Práticas para alívio da dor muito forte ou sofrimento dentro de 10 minutos.

DESCRITORES CLÍNICOS

- Risco de vias aéreas – estridor grave ou broncoaspiração;
- Desconforto respiratório grave;
- Comprometimento circulatório:
 - Pele pálida e pegajosa, má perfusão
 - FC <50 ou >150 (adulto)
 - Hipotensão com efeitos hemodinâmicos
 - Grande perda de sangue
- Dor no peito de provável natureza cardíaca;
- Dor muito intensa - qualquer causa;
- Suspeita de sepse (fisiologicamente instável);

- Neutropenia febril;
- Hipoglicemia < 54mg/dl;
- Sonolência, diminuição da capacidade de resposta por qualquer causa;
- ECG < 13;
- AVC agudo;
- Febre com sinais de letargia (qualquer idade);
- Líquido ácido ou alcalino nos olhos – requer irrigação suspeita de endoftalmite pós-procedimento ocular (pós-catarata, pós-injeção intravítrea), dor de início súbito, visão turva e olhos vermelhos;
- Politrauma grave (requerendo rápida organização resposta da equipe);
- Trauma localizado grave - fratura importante, amputação;
- Histórico de alto risco:
 - Sedativo significativo ou outro tóxico de ingestão
 - Envenenamento significativo/perigoso
 - Dor intensa ou outra característica sugerindo EP (embolia pulmonar), dissecação aórtica ou gravidez ectópica;
- Comportamental/Psiquiátrico:
 - violento ou agressivo
 - ameaça imediata para si ou para os outros
 - requer contenção
 - agitação severa ou agressão.

CATEGORIAS DE URGÊNCIA DA ATS

CATEGORIA 3 • VERDE

RESPOSTA

Avaliação e tratamento • começar dentro de 30 minutos

DESCRIÇÃO

Potencialmente ameaçador à vida • A condição do paciente pode progredir para a vida ou ameaça ao membro ou pode levar a morbidade severa, se a avaliação e tratamento não forem iniciados dentro de trinta minutos **ou**

Urgência Situacional • Risco potencial para resultado adverso se o tratamento do paciente crítico não for iniciado dentro de trinta minutos **ou**

Protocolo de prática humanitária • Práticas de alívio de graves desconforto ou angústia dentro de trinta minutos.

DESCRITORES CLÍNICOS

- Hipertensão grave;
- Perda de sangue moderadamente grave, qualquer causa;
- Falta de ar moderada;
- Convulsão (alerta);
- Vômitos persistentes;
- Desidratação;
- Lesão na cabeça com pequeno LOC (lúcido, orientado, comunicativo) - alerta;
- Suspeita de sepse (fisiologicamente estável);
- Dor moderadamente intensa (qualquer causa) exigindo analgesia;
- Dor torácica provavelmente não cardíaca e de gravidade moderada;

- Dor abdominal sem características de alto risco (moderada - grave) ou idade do paciente >65 anos;
- Lesão moderada do membro (deformidade, grave laceração, esmagamento de membro) sensação alterada, pulso agudamente ausente;
- Trauma, histórico de alto risco sem outras características de alto risco;
- Neonato estável;
- Criança em risco de abuso/suspeita de abuso não acidental;
- Comportamental/Psiquiátrica:
 - muito angustiado, risco de autoagressão
 - psicóticos agudos ou distúrbios do pensamento
 - crise situacional, autoagressão deliberada
 - agitado/retraído
 - potencialmente agressivo.

CATEGORIAS DE URGÊNCIA DA ATS

CATEGORIA 4 • AZUL

RESPOSTA

Avaliação e tratamento • começar dentro de 60 minutos

DESCRIÇÃO

Potencialmente grave • condição do paciente pode deteriorar ou estado pode piorar, se a avaliação e o tratamento não começar dentro de uma hora do efeito da droga. Sintomas moderados ou prolongado **ou**

Urgência Situacional • Existe potencial risco para resultado adverso se o tratamento de tempo crítico não começar dentro de uma hora **ou**

Complexidade significativa ou severa • Práticas Susceptível a um complexo trabalho e avaliação e/ou paciente internado **ou**

Protocolo de prática humanitária • Alívio de graves desconforto ou angústia dentro de uma hora.

DESCRITORES CLÍNICOS

- Hemorragia leve;
- Aspiração de corpo estranho, sem desconforto respiratório;
- Lesão torácica sem dor nas costelas ou sofrimento respiratório;
- Dificuldade para engolir, sem desconforto respiratório;
- Pequeno traumatismo craniano, sem perda de consciência;
- Dor moderada, algumas características de risco;
- Vômitos ou diarreia sem desidratação;
- Inflamação ocular ou corpo estranho – visão normal;
- Trauma de membro menor - tornozelo torcido, possível fratura, laceração não complicada que requer investigação ou intervenção – sinais vitais normais, dor baixa/moderada;
- Gesso apertado, sem comprometimento neurovascular, articulação “quente”, inchada;
- Dor abdominal inespecífica;
- Comportamental/Psiquiátrica:
 - Problema de saúde mental semi-urgente
 - Em observação e/ou sem atendimento imediato - risco para si ou para os outros.

CATEGORIAS DE URGÊNCIA DA ATS

CATEGORIA 5 • BRANCA

RESPOSTA

Avaliação e tratamento • começar dentro de 120 minutos

DESCRIÇÃO

Menos urgente • A condição do paciente é crônica ou suficientemente menor que os sintomas ou resultado clínico não será significativamente afetado se a avaliação e o tratamento estiver “atrasado” em até duas horas do início **ou**

Problemas Clínico-administrativo •

Revisão de resultados clínico, somente prescrição.

DESCRIPTORIOS CLÍNICOS

- Dor mínima sem características de alto risco;
- Histórico de baixo risco e assintomático;
- Sintomas menores de doença estável existente;
- Sintomas menores de condições de baixo risco;
- Pequenos ferimentos - pequenas escoriações, pequenas lacerações (sem necessidade de suturas);
- Retorno agendado, por exemplo revisão de feridas, curativo complexo;
- Apenas imunização;
- Comportamental/Psiquiátrica:
 - Paciente conhecido com sintomas crônicos
 - Crise social, paciente clinicamente bem.

2 . CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MANCHESTER (MANCHESTER TRIAGE SYSTEM - MTS)

É uma metodologia padrão que permite ao profissional atribuir de forma rápida e segura a prioridade clínica. É baseado em fluxogramas, onde cada fluxograma utiliza discriminadores que orientam a coleta de dados e fazem a seleção dos pacientes, de modo a permitir a sua inclusão em uma das prioridades clínicas (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2017).

Como outros sistemas, a MTS possui cinco categorias, onde cada uma recebe uma cor e um tempo-alvo máximo permitido para que se dê o primeiro procedimento médico.

CATEGORIAS MTS	
VERMELHO	Representa emergência, com atendimento imediato a pacientes com risco iminente de morte.
LARANJA	Muito urgente, com paciente grave e atendimento necessário em 10 minutos.
AMARELO	Urgente, com gravidade moderada. Paciente deve ser atendido em até 60 minutos.
VERDE	Pouco-urgente, atendimento em até 120 minutos.
AZUL	Não-urgente, com atendimento de espera em até 240 minutos.

Neste protocolo existem dois tipos de discriminadores: os gerais e os específicos.

GERAIS

Os discriminadores gerais são aplicados a todos os pacientes, independentemente de sua condição e, aparecem com frequência nos fluxogramas (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2017).

ESPECÍFICOS.

Já os discriminadores específicos estão relacionados a casos individuais ou a pequenos grupos de sintomas e tendem a estar ligados a características-chave de condições específicas (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2017).

Segundo o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2017), os discriminadores gerais são descritos como:

RISCO DE MORTE

Reconhece a importância crucial das funções vitais (vias aéreas, respiração e circulação) e coloca o paciente que apresenta perda ou ameaça dessas funções no topo das prioridades.

DOR

É imprescindível que todas as avaliações de triagem contemplem uma análise cuidadosa da dor experimentada pelo paciente. A dor severa é um sinal de que o desconforto é insuportável e de grande magnitude. A menos que haja outros fatores que indiquem uma gravidade ainda maior, qualquer paciente cuja dor seja inferior a esse nível deve, no mínimo, ser classificado como pouco urgente, e não como não urgente.

HEMORRAGIA

O sangramento pode se manifestar de várias maneiras, principalmente no trauma, mas não se limitando a ele. Existem três tipos de sangramento relacionado ao trauma: hemorragia, sangramento maior descontrolado e sangramento menor descontrolado. A gravidade do sangramento é determinada pela eficácia do controle do sangramento com compressão. Em geral, o sangramento persistente é considerado mais grave do ponto de vista clínico. Sangramento maciço e descontrolado que não para mesmo quando pressão direta

constante é aplicada, resultando em sangramento abundante e rápida absorção de grandes cataplasmas ou bandagens. Sangramento descontrolado leve é o sangramento breve ou intermitente. Qualquer sangramento, por menor que seja, requer tratamento urgente, a menos que outros fatores indiquem uma alta prioridade clínica.

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Apenas os pacientes em estado de mal epilético são categorizados como intervenção emergente (vermelho). Os pacientes adultos com alteração no grau de consciência (resposta apenas a estímulos sonoros ou dolorosos através de ECG, ou que não respondem) são classificados como muito urgentes (laranja). Todos os pacientes com histórico de alteração no nível de consciência devem ser considerados urgentes (amarelo).

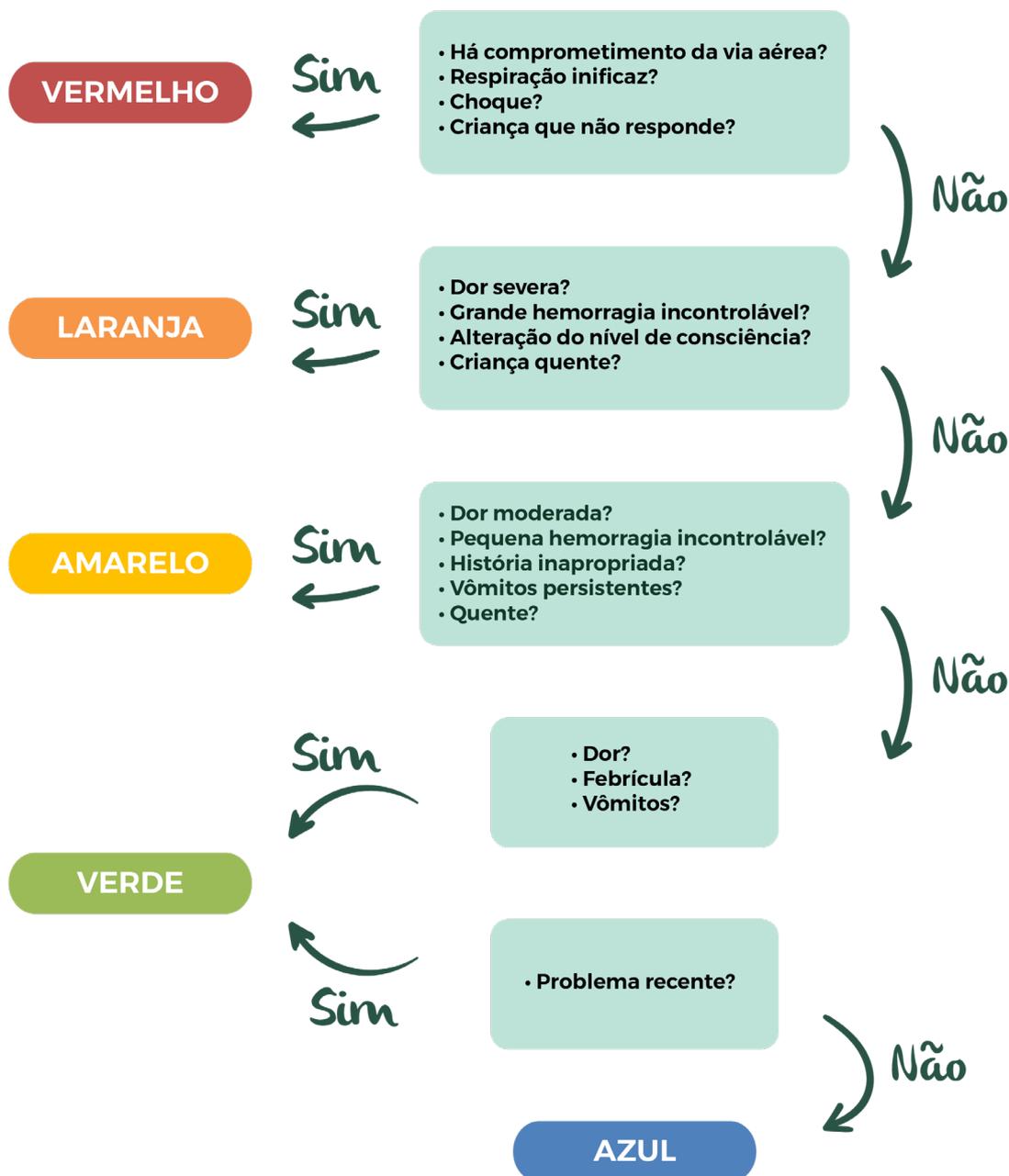
TEMPERATURA

Se o paciente apresentar uma temperatura corporal elevada, igual ou superior a 41°C, deve ser classificado como muito urgente (laranja); se a temperatura estiver entre 38,5 e 40,9°C, deve ser classificado como urgente (amarelo); e se estiver em torno de 37,5 a 38,4°C (febrícula/subfebril), deve ser classificado como pouco urgente (verde).

AGRAVAMENTO

Para essa avaliação, é importante considerar o tempo em que o problema surgiu, a fim de enquadrar temporalmente a situação. Portanto, verifique se o problema é recente e se trata de uma lesão ou ferimento recente, uma vez que um problema com existência relativamente longa pode ser classificado como não urgente, sem risco clínico.

Observe este fluxograma dos **discriminadores gerais** para melhor compreensão:



Fonte: FREITAS, P. Triagem no Serviço de Urgência/emergência: Grupo de Triagem de Manchester. Portugal: Grupo Português de Triagem – BMJ-Publishing Group 1997- 154p



Acesse os
DISCRIMINADORES ESPECÍFICOS

LEIA AQUI

ou acesse o *QR Code*



Para a implantação do **Sistema Manchester de Classificação de Risco** é necessário realizar a certificação da equipe de classificadores. A certificação é um pré-requisito obrigatório e o **Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR)** é o único representante no Brasil.



**DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA MANCHESTER DE
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
NOS PONTOS DE ATENÇÃO ÀS
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

**COMO IMPLEMENTAR
O SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO
DE RISCO**



CLIQUE AQUI

ou acesse o *QR Code*

3 . ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME O MINISTÉRIO DA SAÚDE

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) aprovou o primeiro protocolo de classificação de risco do país, a Cartilha de Boas Vindas à Classificação e Avaliação de Risco. Essa iniciativa foi iniciada pela Política Nacional de Humanização (PNH) e teve como objetivo principal estreitar as relações entre profissionais da saúde e gestores, e integrar as redes de atenção (BRASIL, 2004).

Em 2009, houve também a aprovação de uma cartilha sobre Internação e Classificação de Risco em Serviços de Emergência, seguindo a mesma classificação da cartilha de 2004. Essa ferramenta tem um caráter humanizado e acolhedor e reafirma a política de humanização (BRASIL, 2004).

Em 2011, o **Caderno da Atenção Básica número 28**, volume II, que trouxe uma abordagem mais organizada para a classificação da demanda espontânea na área da saúde (BRASIL, 2012).



**Caderno da Atenção Básica
número 28**

LEIA AQUI

ou acesse o **QR Code**



Esse caderno utiliza fluxogramas que são orientados pelos sinais e sintomas das queixas mais comuns na atenção básica. Vale ressaltar que os protocolos internacionais utilizam 5 cores para a classificação de risco, enquanto os protocolos baseados na Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização do MS utilizam 4 cores: **vermelho, amarelo, azul e verde** (BRASIL, 2012).

Conforme o artigo de Claudia Abbês e Altair Massaro (2004) a proposta de Classificação de Risco dá-se nos seguintes níveis:

VERMELHO

Significa **PRIORIDADE ZERO** – emergência, atendimento imediato.

- Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas, Escala de Coma de Glasgow (ECG) < 12.
- Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios.
- Trauma crânio-encefálico grave – (Escala de Coma de Glasgow) ECG <12.
- Estado mental alterado ou em coma ECG <12; história de uso de drogas.
- Comprometimentos da coluna vertebral.
- Desconforto respiratório grave: cianose de extremidades, taquipnéia (FR>20mvpm), agitação psicomotora, sudorese, saturação de O₂ ≤90.
- Dor no peito associada à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso).
- Perfurações no peito, abdome e cabeça.
- Crises convulsivas (inclusive pós-crise).
- Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de ≤ 12.
- Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória.
- Tentativas de suicídio.
- Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia).
- Parada cardiorrespiratória.
- Alterações de sinais vitais em paciente sintomático: Pulso > 140 ou < 45bpm; PA diastólica < 130 mmHg; PA sistólica < 80 mmHg; FR >34 ou <10ipm.
- Hemorragias não controláveis.
- Infecções graves – febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência.

AMARELO

Significa **PRIORIDADE 1** - urgência, atendimento em, no máximo, 15 minutos.

- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais.
- Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, parestesias, alterações do campo visual, dislalia, afasia.
- Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15).
- Diminuição do nível de consciência.
- Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental.
- História de convulsão / pós-ictal – convulsão nas últimas 24 horas.
- Dor torácica intensa.
- Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes).
- Crise asmática (dispnéia, cianose, tosse e sibilos).
- Diabético apresentando – sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia.
- Desmaios.
- Estados de pânico, overdose.
- Alterações de sinais vitais em paciente sintomático: a) FC < 50 ou >140 bpm; b) PA sistólica < 90 ou > 240 mmHg; c) PA diastólica > 130 mmHg; d) T < 35 ou 40°C.
- História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC > 120bpm.
- Epistaxe com alteração de sinais vitais.
- Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipo tensão, febre).
- Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais, gravidez confirmada ou suspeita.
- Náuseas/vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais.
- Febre alta (39/40°C).
- Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa.
- Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15.
- Vítimas de abuso sexual.
- Imunodeprimidos com febre.

VERDE

Significa **PRIORIDADE 2** - prioridade não urgente, atendimento em até 30 minutos.

- Gestantes com complicações da gravidez.
- Pacientes escoltados.
- Pacientes doadores de sangue.
- Deficientes físicos.
- Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro.
- Impossibilidade de deambulação.
- Asma fora de crise.
- Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca.
- Dor de ouvido moderada a grave.
- Dor abdominal sem alteração de sinais vitais.
- Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve.
- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação.
- História de convulsão sem alteração de consciência.
- Lombalgia intensa.
- Abscessos.
- Distúrbios neurovegetativos.
- Intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações).
- Pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.
- Idade superior a 60 anos.

AZUL

Significa **PRIORIDADE 3** – consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada. O tempo de espera pode variar em até 3 horas de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências.

- Demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima.
- Queixas crônicas sem alterações agudas.
- Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos.
- Após a consulta médica e medicação o paciente é liberado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBÊS, Cláudia; MASSARO, Altair. Acolhimento com classificação de risco. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2004.

AUSTRALIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. **Guidelines on the implementation of the australasian triage scale in emergency departments**. G24, V 04, julho-2016.

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; DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em https://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf Acesso em 16 de março de 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde - 1º ed. - Brasília, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf Acesso em 16 março de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

FREITAS, P.. **Triagem no Serviço de Urgência/emergência: Grupo de Triagem de Manchester**. Portugal: Grupo Português de Triagem – BMJ-Publishing Group 1997- 154p.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema de Triagem de Manchester**. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2017.

MAFRA, AA. et al. **Acolhimento com Classificação de Risco**. Belo Horizonte: Hospital Odilon Behrens. 2006.

MENEZES, MAX OLIVEIRA et al. Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para enfermagem. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE**, v. 2, n. 2, p. 45-58, 2014.

ROCHA, S. S. F. da. **Acolhimento com classificação de risco obstétrico: proposta de readequação do instrumento de registro**. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/sus-36702> Acesso em 18 de março de 2023.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Projeto Terapêutico Singular na Atenção Primária à Saúde. Divisão de Atenção Primária à Saúde** - Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2022. 1ª ed. - versão eletrônica.

CAPÍTULO IV

Elaboração de fluxos para a Classificação de Risco

*Rodrigo Rodrigues de Melo
Fernanda Sollberger Canale
Marcia Naomi Santos Higashijima*

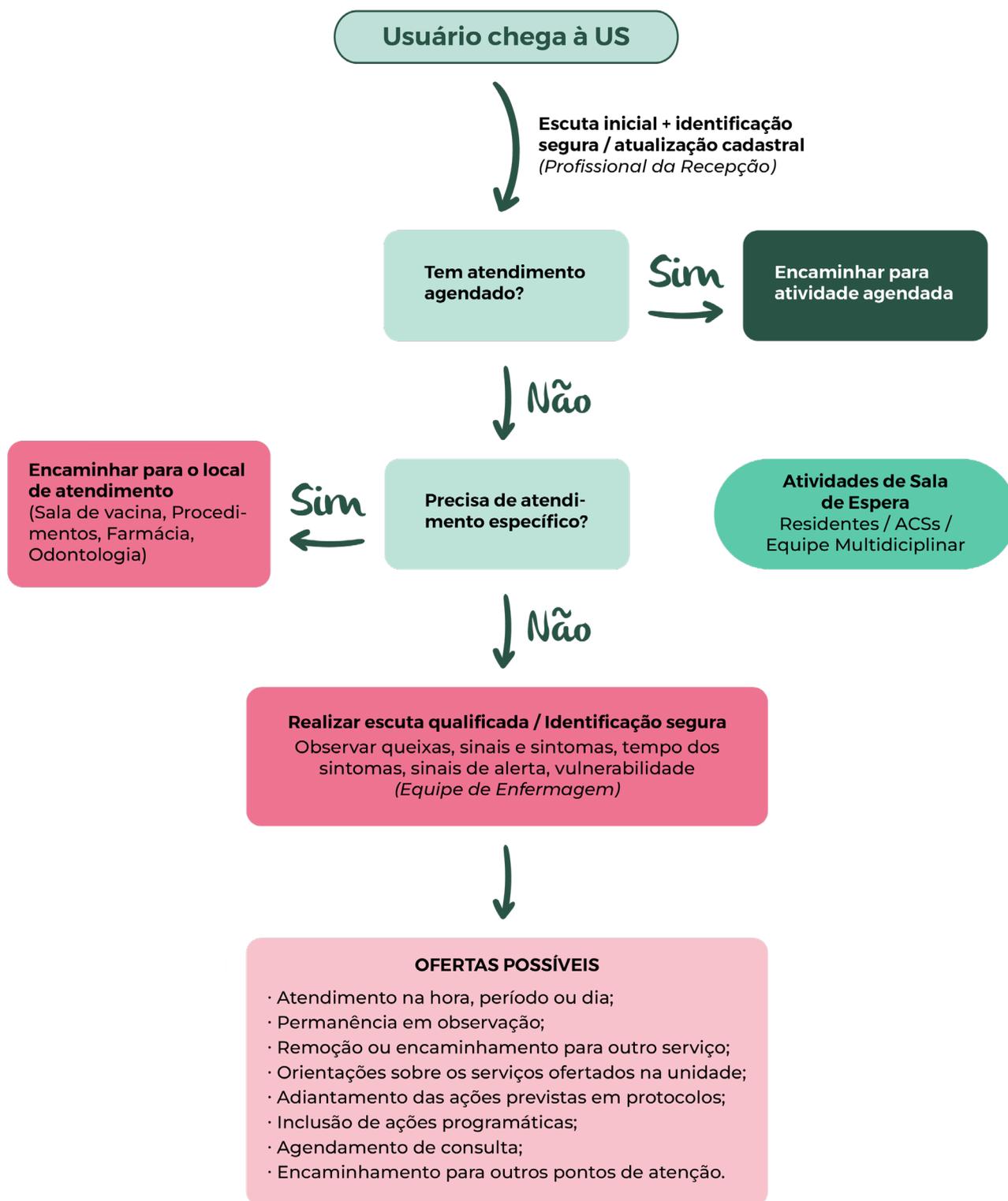
A organização das portas de entrada dos serviços de saúde tem se tornado um desafio para as unidades, em especial as de atenção básica e de urgência e emergência, nesse sentido a implementação de **fluxos adequados** torna-se ferramenta indispensável juntamente com a classificação de risco, no intuito de organizar as entradas dos serviços de saúde, possibilitando o acesso humanizado com escuta qualificada garantindo qualidade aos usuários que procuram assistência de saúde, impactando diretamente na qualidade da assistência (BRASIL, 2004).

Um fluxo de atendimento bem definido pode melhorar a compreensão e conhecimento dos processos de trabalho de forma clara, repercutindo na efetividade e do cuidado (BRASIL, 2015).

É um passo-a-passo de serviços amplamente divulgado e conhecido pelos trabalhadores (internos e externos) e usuários, onde está expresso o caminho que o usuário percorre desde o momento em que ele entra na unidade de saúde, sabendo para onde vai, como vai, esclarecendo dúvidas, tranquilizando, orientando como ele deve seguir na linha de cuidado estabelecida (BRASIL, 2015).

Os fluxos são constituídos naturalmente ou induzidos formalmente nos ambientes organizacionais, bem como perpassam do nível estratégico ao nível operacional, refletindo nos processos que compõem a organização, inclusive o processo decisório e, por consequência as estratégias de ação (OLIVEIRA, 2013).

Já o **fluxograma** pode ser conceituado como uma técnica que descreve através de símbolos específicos, cada etapa de um processo. É de extrema importância para a otimização do trabalho e permite estabelecer o procedimento decisório mais eficaz sobre o encaminhamento/condução em relação as necessidades do usuário do serviço (PAULINO, 2014).



Fonte: <https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/wp-content/uploads/2022/10/Protocolo_de_Acolhimento_aps_edicao_3.pdf> - pág.12

Na atenção básica os **fluxogramas** recebem o nome de **Linhas de Cuidado**, essas descrevem o “caminho” pelo qual o usuário deve traçar ao entrar na rede de atenção à saúde, é a **imagem pensada** para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde (ORTIGA, 2017).

Portando, o **Fluxograma** ou **Linha de Cuidado** é um tipo de diagrama, e pode ser entendido como uma representação esquemática de um processo, muitas vezes feito através de gráficos que ilustram de forma descomplicada o fluxo de atendimento (BRASIL, 2009).

AGORA QUE VOCÊ JÁ CONHECEU ALGUNS DOS CONCEITOS TEÓRICOS...

Vamos juntos construir o fluxo na nossa unidade?

Preste bastante atenção nos passos abaixo (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RJ, 2022):

1. O primeiro passo para a construção do fluxo é **identificar todos os serviços e procedimentos** que a unidade disponibiliza e quais as referências de serviços que não possui, isto é, para onde encaminhar o paciente que necessita de serviços que a unidade não disponibiliza.

2. Conhecer a demanda, isto é, para a construção de um fluxo eficiente é necessário saber qual é o perfil do seu usuário, os dias e horários de maior fluxo e o tipo de serviço procurado.



Aqui é importante fazer o levantamento de demanda espontânea e programa e os tempos de atendimento, por pelo menos uma semana.

3. Avaliar estrutura física e de equipamentos e pensar a melhor forma de disponibilizá-los.



Por exemplo: a sala de emergência deve ser de fácil acesso aos usuários que chegam de ambulância, a sala de classificação de risco deve ser próxima à recepção onde é feita a ficha de atendimento. A sala de raio - x deve ficar próxima à sala de emergência e também aos consultórios médicos.

4. Determinar processos claros de trabalho. Deve estar bem definida a atribuição de cada trabalhador.



Por exemplo: o enfermeiro que faz classificação de risco deve empenhar este serviço exclusivamente, não pode ser chamado para passar uma sonda, visto que, se ele sair da classificação por 20 minutos pode chegar um paciente infartado e ter suas condições clínicas agravadas pela demora no atendimento. Por isso, as atribuições de toda equipe devem ser reciprocamente reconhecidas.

5. Comunicação interprofissional adequada e comunicação assertiva com os usuários. A falta de comunicação entre os profissionais, atrelada ao desconhecimento dos serviços ofertados pode implicar na integralidade do cuidado.

6. Estabelecer o melhor caminho para o paciente dentro da unidade, considerando o mais rápido e resolutivo atendimento que possa ter, garantindo privacidade, respeito e humanização.

7. Divulgar amplamente o fluxo entre profissionais e usuários.

8. Reavaliar periodicamente o fluxo implantado.

EXEMPLO DE CONSTRUÇÃO DE FLUXO NA PRÁTICA.**1ª ETAPA**

Ao chegar na unidade, o paciente e seu acompanhante serão recebidos na recepção por um enfermeiro. Eles podem vir voluntariamente, ser transportados de ambulância ou encaminhados por outros serviços de saúde. Os casos mais urgentes serão encaminhados para a sala vermelha, enquanto os demais seguem o fluxo normal de atendimento.

2ª ETAPA

O segundo passo é dirigir-se ao registo/recepção e preencher os seus dados de registo. Em seguida, você será direcionado para a Sala de Classificação de Risco por ordem de chegada ou com prioridade para casos de alto risco e alta exposição.

3ª ETAPA

O enfermeiro de avaliação de risco tem a função de avaliar a urgência do paciente em sistema informatizado ou sistema de fichas, informar a cor da avaliação de risco e direcionar o cuidado conforme as características da unidade.

4ª ETAPA

Os pacientes classificados como vermelho são encaminhados para a sala vermelha. Os pacientes classificados como amarelo são priorizados em salas amarelas ou salas de exames. Os classificados como verde ou azul são orientados sobre os cuidados e encaminhados para um consultório médico.

5ª ETAPA

Os médicos realizarão o atendimento de acordo com a prioridade codificada por cores das categorias de risco definidas neste protocolo.

Parte I

**ATENDIMENTO ESPECIALIZADO PARA
PACIENTES ESPECIAIS****PACIENTES IDOSOS**

De acordo com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) é necessário priorizar o atendimento dos pacientes com 60 anos ou mais nas unidades de saúde, levando em consideração a gravidade conforme protocolo utilizado.

**ESTATUTO DO IDOSO****LEIA AQUI**ou acesse o *QR Code***PACIENTES COM DEFICIÊNCIA**

Segundo o Estatuto de pessoas com deficiência (BRASIL, 2015), considera-se pessoa com deficiência aquela que possui um impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Esses pacientes também devem receber prioridade nas unidades de saúde, seguindo os critérios de gravidade estabelecidos neste protocolo.

**ESTATUTO DE PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA****LEIA AQUI**ou acesse o *QR Code*

PACIENTES EM ACIDENTE DE TRABALHO

Caso seja necessário deve-se abrir uma Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). E, o paciente será classificado de acordo com o grau de risco ou situação/queixa, e receberá o atendimento adequado (BRASIL, 2015).

MODELO TRADICIONAL

Pacientes que necessitam de administração de medicamentos de uso contínuo e possuem receita para continuidade do tratamento serão encaminhados para a equipe de enfermagem (BRASIL, 2015).

Os benefícios que um fluxo bem construído pode trazer inclui (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2022):

- Organizar com eficiência o fluxo de usuários, melhorando o relacionamento e a satisfação dos profissionais e usuários.
- Avaliar as condições do usuário no momento da chegada e identificar emergências com rapidez, reduzindo os riscos associados à espera pelo tratamento; priorizando a humanização do atendimento ao ouvir as queixas, medos e expectativas dos usuários, fazendo a escolha pela melhor conduta para cada caso.
- Notificar os usuários sobre os tempos de espera, mantendo os familiares atualizados.
- Assegurar o acesso eficiente e equitativo aos serviços de emergência, encaminhando as pessoas que não precisam de atendimento de urgência ou emergência para unidades que atendam suas necessidades.
- Planejar ações, garantindo o atendimento em todos os departamentos com tarefas e competências definidas.
- Avaliar e organizar as operações de serviço, permitindo a livre escolha, para fornecer respostas personalizadas com base na necessidade, complexidade, disponibilidade e proximidade e critérios de localização.

Agora que você já sabe a importância do **Acolhimento com Classificação de Risco** e das etapas a serem percorridas para efetivá-lo na Unidade de Saúde, convidamos você a reunir-se com a sua equipe e...

Desenhar uma nova forma de cuidado. ♥

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília (DF), **Diário Oficial da União**, Senado Federal, 2003.

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; DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em https://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf Acesso em 16 de março de 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde - 1º ed. - Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 1. Ed.; 3. Reimp.- Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Secretaria de Editoração e Publicações Coordenação de Edições Técnicas Brasília (DF), **Diário Oficial da União**, 2015.

OLIVEIRA, D. A. de; GUIMARÃES, J. P. **A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência**. Caderno Saúde e Desenvolvimento | vol.2 n.2 | jan/jun 2013.

PAULINO, J. A. **Demanda Espontânea x Demanda programada: Lidando com a procura maior que a oferta**. 2014. f. Trabalho de Conclusão de Especialização em Atenção Básica – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2014.

ORTIGA, A. M. B. **Classificação de Risco**. Núcleo de telessaúde Santa Catarina. Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde [recurso eletrônico]. Florianópolis, SC, 2017. Disponível em https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/14862/1/Apostila_Classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Risco_Telessaude%20SC%20UFSC.pdf Acesso em 20 março de 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Assessoria Técnica de Humanização. **Manual Técnico para Organização das Unidades de Urgência e Emergência em conformidade com o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco**. – 1ª e. – Rio de Janeiro, 2022. 45



SES
Secretaria de
Estado de
Saúde



GOVERNO DE
**Mato
Grosso
do Sul**