

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Prefeitura de Belo Horizonte / Secretaria Municipal de Saúde

Éber Assis dos Santos Júnior

Diana Pereira Lima

Andréa Fonseca Silva Rocha

Carolina Trancoso de Almeida

Solange Campirolli Dornas de Oliveira

Betânia de Queiroz Andrade

Daniela André Gonçalves

INTRODUÇÃO

O atendimento aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, deve ser prestado por todas as portas de entradas do SUS, ou seja, pelo conjunto das unidades básicas de saúde e suas equipes de Programa Saúde da Família, pelas unidades de atendimento pré-hospitalar fixas e móveis e pelas unidades hospitalares, possibilitando a resolução dos problemas de saúde dos pacientes ou transportando-os responsavelmente a um serviço de saúde hierarquizado e regulado.

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências do acolhimento e da “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por

profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

Mais que uma previsão legal, a classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza.

DESVELANDO O CENÁRIO

Por questões históricas e também por encontrar dificuldades para o acesso ao sistema público de saúde, a população procura a urgência como porta de entrada para resolução de seus problemas.

Estes serviços são freqüentemente criticados pela população e seus trabalhadores sentem-se desmotivados com a pressão por atendimento em maiores quantidade e rapidez. Vários trabalhos confirmam este cenário caracterizado por um custeio elevado, grande demanda, saturação dos serviços, usuários e trabalhadores insatisfeitos e violência cotidiana contra os trabalhadores (MAGALHÃES, 1998; SANTOS JÚNIOR, 2004; ROCHA, 2005).

Muitos estudiosos do processo de organização em saúde, com formação e olhares diversos, vêm pesquisando e apontando a necessidade da mudança do paradigma assistencial vigente como saída mais provável e eficaz para os problemas citados.

Nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) da Prefeitura de Belo Horizonte, como tentativa de minimizar os efeitos da pressão na porta de entrada, iniciativas isoladas foram tomadas por profissionais enfermeiros que atuavam como “priorizadores” do atendimento médico, responsabilizando-se, durante seus plantões, pelo acesso do cidadão à consulta médica.

Dessa forma, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, propôs, no ano de 2002, a implantação do projeto “Regulação da Porta de Entrada das Unidades de Urgência e Emergência de Belo Horizonte” (BELO HORIZONTE, 2002). Esse projeto, no entanto, cumpriu parcialmente seus objetivos, tornando necessária a revisão dos processos estabelecidos.

Assim, a UPA Oeste iniciou, em 2003, o primeiro modelo sistematizado de Minas Gerais de Acolhimento com Classificação de Risco denominado, à época, Triagem Classificatória de Risco (NORONHA, 2003). A experiência positiva nos novos fluxos de entrada dos usuários na UPA Oeste levou à necessidade de discussão e implantação desse processo de trabalho nas outras unidades de urgência do município e a revisão do protocolo utilizado. Com o apoio do Ministério da Saúde, iniciou-se, em 2005, um processo de discussão envolvendo as UPA’s da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, o Hospital Municipal Odilon Behrens, o Hospital das Clínicas/UFMG e as Unidades de Urgência da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

Em setembro de 2005, foi realizado o Iº Seminário de Acolhimento com Classificação de Risco, que teve como objetivo a discussão dos protocolos de Belo Horizonte e a troca de experiências com outros serviços do Brasil. A partir de então se iniciou a utilização do protocolo aqui apresentado (ANEXO 1).

MISSÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência.

OBJETIVOS

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de urgência/emergência;

- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Utilizar o encontro com o cidadão como instrumento de educação no que tange ao atendimento de urgência/emergência;
- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde.

PROCESSO DE TRABALHO

O profissional de saúde, o usuário dos serviços de urgência/emergência e a população constroem estratégias coletivas que promovem mudanças nas práticas dos serviços. O acolhimento é uma destas estratégias.

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

Portanto, propomos o acolhimento aliado aos conceitos de sistema e rede numa estratégia ampla, na promoção da responsabilização e vínculo dos usuários ao sistema de saúde.

QUEM FAZ

Equipe multiprofissional composta por: enfermeiro, auxiliar de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção e estagiários.

A QUEM SE DESTINA

Usuários que procuram as portas dos serviços de urgência/emergência do sistema de saúde da rede SUS no município de Belo Horizonte, no momento definido pelo mesmo como de necessidade aguda ou de urgência.

COMO SE APLICA

É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo (ANEXO 1), aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Ao chegar ao serviço de urgência demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento.

Após a sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado à Classificação de Risco onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário em:

- 🚨 VERMELHO, ou seja, emergência (será atendido imediatamente na sala de emergência);
- 🟡 AMARELO, ou seja, urgência (será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação);
- 🟢 VERDE, ou seja, sem risco de morte imediato (somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO); e
- 🔵 AZUL, ou seja, quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social (deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendido pelo Serviço Social). Se desejar poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO, AMARELO e VERDE.

Observação importante: Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma Unidade de Saúde de referência.

CONDUTA A SER TOMADA

Os pacientes classificados como VERMELHO devem ser rapidamente encaminhados para a sala de emergência, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos. Existe um subgrupo de pacientes classificados como VERMELHO considerados PRIORIDADE I, que toda a equipe deve estar alerta para identificá-los e encaminhá-los à sala de emergência com acionamento de sinal sonoro.

Os pacientes classificados como AMARELO devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda a equipe da Unidade. Deverão ser reavaliados idealmente a cada 30min ou imediatamente em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento médico.

Os pacientes classificados como VERDE também aguardam atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos após os pacientes classificados como VERMELHO ou AMARELO. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico. Pacientes classificados como VERDE podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social, via contato telefônico, com garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente.

Pacientes classificados como AZUL poderão ser encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência (ANEXO 2) ou terão seus casos resolvidos pela Equipe de Saúde.

Observação importante: Todos os pacientes classificados como VERDE e AZUL, se desejarem, serão atendidos pela Equipe de Saúde.

INDICADORES

Propõe-se que sejam avaliados, entre outros, os seguintes indicadores:

- Percentual de usuários segundo classificação de gravidade (VERMELHO, AMARELO, VERDE e AZUL);
- Tempos de espera (chegada do paciente até a classificação, classificação até o atendimento médico) e de permanência de acordo com a classificação;
- Número de altas, transferências, internações e óbitos de acordo com a classificação de gravidade;
- Número de consultas simples, consulta com terapia e consulta com observação de acordo com a classificação de gravidade.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Alguns grupos de pacientes foram descritos no protocolo como situações especiais. São eles: idosos, deficientes físicos, deficientes mentais, acamados, pacientes com dificuldade de locomoção, gestantes, algemados, escoltados ou envolvidos em ocorrência policial, vítimas de abuso sexual e pacientes que retornam em menos de 24h sem melhora. Esses pacientes devem merecer atenção especial da equipe da Classificação de Risco e, dentro do possível, a sua avaliação deve ser priorizada, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com Classificação de Risco**. Campinas, Hospital Municipal Mário Gatti, s.d.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Urgência e Emergência. **Proposta de Regulação da Porta de Entrada das Unidades de Urgência e Emergência de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: SMSA, 2002. 8p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2048 de 02 de novembro de 2002**. Dispões sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: DOU, 2002.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Urgência e Emergência – A Participação do Município. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã Editora, 1998. Parte III, p.265-286.

NORONHA, R. **Projeto de Sistematização: atendimento contínuo, regular e escalonado na UPA Oeste**. Belo Horizonte: UPA Oeste, 2003. 73p.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da Procura de Atendimento de Urgência Pelos Usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Dissertação. Belo Horizonte: Faculdade de Enfermagem da UFMG, 2005. 98f.

SANTOS JÚNIOR, E. A. **Violência no Trabalho: o retrato da situação dos médicos das Unidades de Pronto Atendimento da Prefeitura de Belo Horizonte**. Dissertação. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 2004. 145f.

ANEXOS

Anexo 1 – Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco / SUS-BH.



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

"... deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento."
(Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002 / Ministério da Saúde)

SUS-BH

PRIORIDADE I

<p>PCR</p>	<p>PCR Parada respiratória Respiração agônica</p>	<p style="text-align: center;">ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO COM SINAL SONORO! PACIENTE TÍPICO: NÃO RESPONSIVO, DADOS VITAIS INSTÁVEIS OU AUSENTES, DESIDRATAÇÃO EXTREMA, INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA!</p>
<p>TRAUMA MAIOR</p>	<p>Lesão grave de únicos ou múltiplos sistemas TCE com ECGlasgow ≤ 8 Grande queimado ($>26\%$SCQ) ou acometimento de vias aéreas (síndrome de inalação) Trauma torácico e/ou abdominal com perfuração, taquidispnéia, alteração mental, hipotensão, taquicardia e dor intensa Lesões múltiplas de membros com desalinhamento</p>	
<p>CHOQUE</p>	<p>Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg) Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm) Alteração do estado de consciência</p>	
<p>INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA</p>	<p>FR < 10 ou ≥ 36irpm com incapacidade de falar Cianose Letargia e/ou confusão mental FC ≤ 40 ou ≥ 150bpm Saturação O₂ $< 90\%$</p>	
<p>COMA</p>	<p>ECGlasgow ≤ 8</p>	

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / SUS-BH

02

SINTOMA / QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA / OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
---------------------------	----------------	---------------	---------	--

DADOS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS	PAS ≥ 220 ou PAD ≥ 130mmHg PAS ≤ 80mmHg FC ≤ 40 ou ≥ 150bpm FR ≤ 10 ou ≥ 36irpm Febre (T. axilar ≥ 38,5°C) em imunocomprometidos	VERMELHO	CLÍNICA MÉDICA	Em pacientes febris perguntar sobre imunodepressão e uso crônico de corticóide!
	Febre (T. axilar ≥ 38,5°C) em imunocompetentes e com toxemia	AMARELO		
	Febre (T. axilar ≥ 38,5°C) em imunocompetentes e sem toxemia	VERDE		

TCE	Alteração do estado de consciência (ECGLASGOW entre 9 e 13) e/ou confusão mental Cefaléia intensa (8-10/10) e/ou dor cervical Perda de consciência Otorragia Náuseas / vômitos Crise convulsiva Ferimento perfurante	VERMELHO	CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA, NEUROLOGIA	Ver Escala de Coma de Glasgow (Anexo I), Escala de Dor (Anexo II) e Mecanismos de Trauma (Anexo III). Avaliar início, gravidade e evolução dos sintomas! Avaliar deterioração do quadro neurológico!
	ECGLASGOW 14 ou 15 Cefaléia moderada (4-7/10) Sem perda de consciência, náuseas, vômitos, crise convulsiva ou ferimento perfurante	AMARELO	CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA, NEUROLOGIA	
	ECGLASGOW 15 Cefaléia leve (1-3/10) Trauma de baixo impacto Evento (trauma) há mais de 6h	VERDE	CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA, NEUROLOGIA	

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / SUS-BH

03

SINTOMA / QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA / OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
TRAUMA GRAVE	Dados vitais normais Dor intensa (8-10/10) Palidez cutânea e sudorese fria Estado de consciência normal (alerta) Sinais/sintomas menos graves em múltiplos sistemas Relato de perda de consciência Fraturas com deformidade ou luxações Ferimentos com sangramento ativo não compressível Dor ou instabilidade da pelve	VERMELHO	CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA	Ver Mecanismos de Trauma (Anexo III).
TRAUMA MODERADO	Dados vitais normais Dor moderada (4-7/10) Fratura sem deformidade Ferimentos extensos sem sangramento ativo	AMARELO		
TRAUMA LEVE	Dados vitais normais Dor leve (1-3/10) Contusões e escoriações Evento (trauma) há mais de 6h	VERDE		

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / SUS-BH

04

SINTOMA / QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA / OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
---------------------------	----------------	---------------	---------	--

QUEIMADURAS	Dados vitais alterados Queimaduras de 2º/3º graus ≥ 10% e ≤ 25% SCQ Queimaduras de 2º/3º graus em face e períneo Queimaduras elétricas Queimaduras circunferenciais Queimaduras em ambientes confinados	VERMELHO	CIRURGIA PLÁSTICA, CIRURGIA GERAL	<p>* Cuidado com queimaduras em pacientes com doença crônica ou queimadura associada a outras lesões traumáticas! * SCQ = superfície corporal queimada (ver Anexo IV). * Áreas críticas são face, períneo, mãos e pés!</p>
	Dados vitais normais Queimaduras de 2º/3º graus < 10% SCQ Queimaduras de 1º grau ≥ 10% SCQ em áreas não críticas Queimaduras de 1º grau em face e períneo Queimaduras de mãos e pés de qualquer grau	AMARELO		
	Queimaduras de 1º grau < 10% SCQ em áreas não críticas	VERDE		
	Queimaduras de 1º grau pequenas em áreas não críticas e há mais de 6h	AZUL		

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / SUS-BH

05

SINTOMA / QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA / OBSERVAÇÕES IMPORTANTES			
FERIDAS, ABCESSOS, MORDEDURAS E ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS (inclui abelhas, maribondos, vespas, formigas e lacraias)	Dados vitais alterados Ferida com sangramento não compressível Acidente com animal peçonhento com sinais e sintomas sistêmicos Acidente pérfuro-cortante com material biológico	VERMELHO	CIRURGIA GERAL, CLÍNICA MÉDICA	Cuidado com idosos e diabéticos!			
	Dados vitais normais Ferida com sangramento compressível Ferida infectada com sinais sistêmicos Acidente com animal peçonhento sem sinais e sintomas sistêmicos Abscesso com dor intensa (8-10/10) ou flutuação Mordedura (humana ou animal)	AMARELO					
	Ferida pequena, superficial e sem sangramento ou hematoma Ferida infectada sem sinais sistêmicos Abscesso com dor leve-moderada (1-7/10) e sem flutuação	VERDE					
	Troca de curativos ou retirada de pontos	AZUL					
	INTOXICAÇÕES AGUDAS (via digestiva e respiratória)	Relato de ingestão há menos de 6h com ou sem sintomas Relato de inalação com sintomas			VERMELHO	CLÍNICA MÉDICA	Cuidado com ingestão de anticonvulsivantes, antidepressivos, sulfato ferroso, paracetamol, anti-hipertensivos, antiarrítmicos, beta-bloqueadores, digoxina, hipoglicemiante oral, organofosforados, carbamatos e drogas não conhecidas!
		Relato de ingestão há mais de 6h e assintomático			AMARELO		
INTOXICAÇÕES AGUDAS (via dérmica)		Dados vitais alterados Alteração do estado de consciência Com estridor laríngeo ou dificuldade para falar	VERMELHO				
	Prurido e/ou irritação intensa em superfície corporal extensa após contato dérmico	AMARELO					
	Alterações dérmicas apenas locais	VERDE					
	Contato há mais de 4h e assintomático (excluir compostos tiofosforados)	AZUL					

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / SUS-BH

06

SINTOMA / QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA / OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
---------------------------	----------------	---------------	---------	--

QUEIXAS RESPIRATÓRIAS *Falta de ar *"Asma" *Dor de garganta *Dor de ouvido *Obstrução nasal *Tosse	FR ≥ 36irpm Sat. O2 ≤ 92% Peak Flow < 40% Esforço respiratório moderado Estridor laríngeo	VERMELHO	CLÍNICA MÉDICA	Cuidado com uso crônico de corticóide, idosos, história de internações frequentes ou internação em UTI!
	FR entre 28 e 35irpm Sat. O2 93% ou 94% Peak Flow entre 40% e 60% Esforço respiratório leve Dispnéia aos esforços Dor torácica ventilatório-dependente com ou sem febre Dor de garganta com febre, com placas e com toxemia	AMARELO		
	FR entre 17 e 27irpm Sat. O2 ≥ 95% Peak Flow > 60% Dor torácica ao tossir Secreção nasal amarelada Dor de garganta com febre e com placas sem toxemia Dor de ouvido com febre História de chieira noturna Tosse, coriza, obstrução nasal, dor de garganta ou de ouvido sem febre e sem toxemia	VERDE		
	FR > 10 e ≤ 16irpm Tosse, coriza, obstrução nasal crônicas ou recorrentes sem febre e sem toxemia	AZUL		

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / SUS-BH

07

SINTOMA / QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA / OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
---------------------------	----------------	---------------	---------	--

DOR TORÁCICA	Dados vitais alterados Dor ou desconforto ou queimação ou sensação opressiva na região precordial ou retroesternal, podendo irradiar para o ombro ou braço esquerdo, pescoço e mandíbula, acompanhada freqüentemente de sudorese, náuseas, vômitos ou dispnéia (DOR ISQUÊMICA!) Dor intensa (8-10/10)	VERMELHO	CLÍNICA MÉDICA	Avaliar e registrar: intensidade da dor, dados vitais, se espontânea ou traumática, duração, característica, localização, irradiação, uso de medicamentos, fatores que pioram ou melhoram. Cuidado com idosos, diabéticos e pacientes com passado de IAM ou embolia pulmonar!
	Dados vitais normais Dor ventilatório-dependente ou que piora com tosse, acompanhada de febre, tosse ou expectoração Dor moderada (4-7/10)	AMARELO		
	Dados vitais normais Dor de característica muscular (localizada, evidenciada à palpação, que piora com movimentos do tronco ou membros superiores) Dor aguda leve (1-3/10) sem outros sintomas associados e em pacientes sem história prévia de coronariopatia ou embolia pulmonar	VERDE		
	Dados vitais normais Dor crônica sem característica de DOR ISQUÊMICA	AZUL		

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / SUS-BH

08

SINTOMA / QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA / OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
---------------------------	----------------	---------------	---------	--

QUEIXAS ABDOMINAIS E URINÁRIAS	Dados vitais alterados Dor intensa (8-10/10) Dor abdominal alta com suspeita de DOR ISQUÊMICA (ver Dor Torácica)	VERMELHO	CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA GERAL	Cuidado com pacientes idosos, diabéticos, pacientes com passado de IAM com dor em abdome superior e mulheres em idade fértil com atraso menstrual!
	Dados vitais normais Dor moderada (4-7/10) Distensão abdominal Vômitos e/ou diarreia com sinais de desidratação Diarreia intensa (vários episódios nas últimas horas) Febre ou relato de febre Retenção urinária aguda com bexigoma Disúria intensa com polaciúria e/ou hematúria Prostração, palidez cutânea ou sudorese	AMARELO		
	Dados vitais normais Dor leve (1-3/10) Enjôo ou relato de vômitos e/ou diarreia sem sinais de desidratação Disúria isolada ou discreta sem outros sintomas Não se apresenta prostrado ou toxemiado	VERDE		
	Dados vitais normais Constipação intestinal sem outros sintomas Dor crônica ou recorrente	AZUL		

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / SUS-BH

09

SINTOMA / QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA / OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
DOR CERVICAL, DORSAL, LOMBAR OU EM EXTREMIDADES (sem história de trauma)	Dor intensa (8-10/10) Com sinais de isquemia	VERMELHO	CLÍNICA MÉDICA, ORTOPEDIA	Sinais de isquemia aguda: palidez cutânea, diminuição da temperatura distal, diminuição ou ausência de pulso distal.
	Dor moderada (4-7/10) Sem sinais de isquemia Limitação importante dos movimentos/função Febre Sinais flogísticos locais	AMARELO		
	Dor leve (1-3/10) Limitação leve dos movimentos Sem perda da função Edema articular sem flogose	VERDE		
	Dor leve (1-3/10) Sem limitação dos movimentos ou perda da função Sem edema ou sinais flogísticos locais	AZUL		
CEFALÉIA	Dados vitais alterados Dor intensa (8-10/10) Meningismo (rigidez de nuca) Alteração do estado de consciência Sinais neurológicos focais (paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio) PAS ≥ 190 ou PAD ≥ 120mmHg	VERMELHO	NEUROLOGIA, CLÍNICA MÉDICA	Cuidado com hemorragia subaracnóideia, hematomas, meningite, encefalites!
	Dados vitais normais Dor moderada (4-7/10) com náuseas e/ou vômitos	AMARELO		
	Dados vitais normais Dor leve (1-3/10) Dor facial com rinorréia purulenta Relato de febre Não se apresenta toxemiado ou prostrado	VERDE		
	Dados vitais normais Dor crônica ou recorrente sem piora recente	AZUL		

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / SUS-BH

SINTOMA / QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA / OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
---------------------------	----------------	---------------	---------	--

ALTERAÇÃO AGUDA DO ESTADO NEUROLÓGICO E RELATO DE CONVULSÃO, DESMAIO OU SÍNCOPE	Dados vitais alterados ECGLASGOW entre 9 e 13 Piora de seqüela neurológica prévia Em pós-comicial e torporoso/comatoso Com crises repetitivas e sem recuperação completa da consciência entre as mesmas Com déficit neurológico agudo (paresia, plegia, disfasia, afasia, ataxia, paralisia facial) Cefaléia intensa (8-10/10) de início súbito Rigidez de nuca, hipertonicidade, rigidez muscular Distúrbio súbito do equilíbrio associado a náuseas/vômitos	VERMELHO	NEUROLOGIA, CLÍNICA MÉDICA	Avaliar uso / interrupção de anticonvulsivante e neurolépticos e abstinência de álcool e drogas ilícitas!
	Dados vitais normais Em pós-comicial e alerta Relato de primeira crise convulsiva Crise convulsiva há menos de 12h e alerta Relato de desmaio ou síncope Ritmo cardíaco irregular Hemiparestesia (formigamento, dormência) Tonteira rotatória objetiva	AMARELO		
	Dados vitais normais Crise convulsiva há mais de 12h e alerta Tonteira não rotatória Parestesias bilaterais ou migratórias	VERDE		
	Dados vitais normais História de crise convulsiva / epilepsia e precisando de medicação (receita)	AZUL		

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / SUS-BH

SINTOMA / QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA / OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS E ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS	Dados vitais alterados Delírios, alucinações, confusão mental, ansiedade intensa, pânico e impulsividade com risco para si e para os outros Agitação psicomotora intensa Convulsão, déficit neurológico agudo, letargia, coma Quadro depressivo grave (choro inconsolável) Hipertonicidade e rigidez muscular	VERMELHO	PSIQUIATRIA, CLÍNICA MÉDICA	Cuidado com hipóxia e hipoglicemia! Fazer glicemia capilar! Avaliar abstinência de álcool e drogas!
	Dados vitais normais Agitação psicomotora menos intensa Pensamento suicida Envolvimento com ocorrências policiais	AMARELO		
	Dados vitais normais Gesticulando, mas não agitado Humor deprimido Perda de interesse por atividades Capaz de interagir com o acolhedor Com cuidador	VERDE		
	Dados vitais normais Depressão crônica ou recorrente Insônia História de distúrbio psiquiátrico e precisando de medicação (receita)	AZUL		

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / SUS-BH

SINTOMA / QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA / OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
---------------------------	----------------	---------------	---------	--

"PRESSÃO ALTA"	PAS ≥ 220 ou PAD ≥ 130mmHg com qualquer sintoma Alteração do estado de consciência Dor torácica sugestiva de isquemia (B153) Sinais neurológicos focais (paresia, plegia, disfasia, afasia, ataxia, paralisia facial) Epistaxe franca	VERMELHO	CLÍNICA MÉDICA	Cuidados com grávidas! Investigar história progressa de hipertensão arterial e uso/suspensão de anti-hipertensivos! Pacientes com níveis pressóricos classificados como AZUL devem ser referenciados para o Centro de Saúde com garantia de atendimento médico o mais breve possível!
	PAS ≥ 220 ou PAD ≥ 130mmHg sem sintomas	AMARELO		
	PAS entre 190-220 ou PAD entre 120-130mmHg com qualquer sintoma	VERDE		
	PAS entre 190-220 ou PAD entre 120-130mmHg sem sintomas	AZUL		
	PAS < 190 e PAD < 120 e assintomático História de hipertensão arterial e precisando de medicação (receita)			

"DIABETES"	Dados vitais alterados Alteração do estado mental (letargia, confusão mental, agitação, coma) Sudorese profusa (Hipoglicemia!)	VERMELHO	CLÍNICA MÉDICA	Fazer glicemia capilar! Pacientes com níveis glicêmicos classificados como AZUL devem ser referenciados para o Centro de Saúde com garantia de atendimento médico o mais breve possível!
	Dados vitais normais	AMARELO		
	Glicemia > 250mg% e sinais de desidratação	VERDE		
	Glicemia > 250mg% e assintomático	AZUL		
	Glicemia ≤ 250mg% e assintomático História de Diabetes e precisando de medicação (receita)			

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / SUS-BH

SINTOMA / QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA / OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
---------------------------	----------------	---------------	---------	--

SANGRAMENTOS *Hematêmese *Hematoquezia *Melena *Hemoptise *Epistaxe *Metrorragia	Hematêmese, hematoquezia, melena ou hemoptise com dados vitais alterados Epistaxe com PA ≥ 180/110 Sangramento vaginal com dados vitais alterados ou sangramento vaginal em grávidas ou com atraso menstrual	VERMELHO	CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA GERAL, GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA	Cuidado com cirróticos, usuários de anticoagulantes, portadores de coagulopatias e grávidas!
	Hematêmese, hematoquezia, melena ou hemoptise com dados vitais normais Mamilos hemorroidários exteriorizados com sangramento e dor intensa (8-10/10) Epistaxe com PA < 180/110	AMARELO		
	Dados vitais normais Relato de 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	VERDE		
	Relato de hemorróidas com dor leve (1-4/10) e sem sangramento Relato de epistaxe (normal no momento)	AZUL		

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / SUS-BH

14

SINTOMA / QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA / OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
---------------------------	----------------	---------------	---------	--

QUEIXAS OCULARES	Dados vitais alterados Dor intensa (8-10/10)	VERMELHO	CLÍNICA MÉDICA	
	Dados vitais normais Dor moderada (4-7/10) Olho avermelhado com história de trauma ou contato com substâncias químicas ou solda Celulite peri-orbitária Perda visual súbita ou diplopia súbita	AMARELO		
	Dor leve (1-3/10) Prurido ocular Olho avermelhado sem história de trauma ou contato com substâncias químicas ou solda	VERDE		
	Hemorragia na esclera sem história de trauma Terçol ou calázio sem celulite	AZUL		

AFECÇÕES DE PELE E SUBCUTÂNEO	Dados vitais alterados Com estridor laríngeo ou dificuldade de falar	VERMELHO	CLÍNICA MÉDICA	
	Dados vitais normais Toxemiado, prostrado ou febril Prurido generalizado intenso Com infecção secundária e sinais sistêmicos	AMARELO		
	Prurido discreto Sem toxemia, prostração ou febre Com infecção secundária sem sinais sistêmicos	VERDE		
	Quadro crônico ou recorrente sem sinais sistêmicos	AZUL		

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / SUS-BH

15

SINTOMA / QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA / OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
---------------------------	----------------	---------------	---------	--

OUTROS SINTOMAS / QUEIXAS / EVENTOS ISOLADOS: Edema, Icterícia, Fraqueza, Câimbras, Menstruação irregular, Atraso menstrual, Atestado de saúde, Realização de exames	Dados vitais alterados	VERMELHO	CLÍNICA MÉDICA	
	Dados vitais normais			
	Toxemiado, prostrado, febril ou desidratado			
	Icterícia aguda	AMARELO		
	Edema generalizado (anasarca)			
	Edema localizado com flogose e sinais sistêmicos			
	Dados vitais normais			
Edema localizado com flogose e sem sinais sistêmicos	VERDE			
Fraqueza ou câimbras sem outros sintomas				
Edema localizado crônico ou recorrente sem flogose e sem sinais sistêmicos				
Menstruação irregular ou atraso menstrual sem outros sintomas				
Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional				
Realização de exames complementares não urgentes				
	AZUL			

<p>SITUAÇÕES ESPECIAIS</p>	<p>Idosos Deficientes mentais Deficientes físicos Acamados Com dificuldade de locomoção Gestantes Escoltados, algemados ou envolvidos em ocorrência policial Vítimas de abuso sexual Retorno em menos de 24h sem melhora</p>	<p>Esses pacientes devem merecer atenção especial da equipe de Acolhimento / Classificação de Risco e, dentro do possível, a sua avaliação deve ser priorizada, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento!</p>
-----------------------------------	--	---

Em caso de apresentação de Sintomas, Queixas ou Eventos não relacionados nesse protocolo, a equipe de Acolhimento / Classificação de Risco deve levar em conta principalmente os dados vitais do paciente, a apresentação clínica do mesmo (toxemiado, prostrado, febril, desidratado), o tempo de início dos sintomas e a opinião da equipe médica para definir sua classificação!

ANEXO I – ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA	4
	À VOZ	3
	À DOR	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	PALAVRAS INAPROPRIADAS	3
	PALAVRAS INCOMPREENSIVAS	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA MOTORA	OBEDECE COMANDOS	6
	LOCALIZA DOR	5
	MOVIMENTO DE RETIRADA	4
	FLEXÃO ANORMAL	3
	EXTENSÃO ANORMAL	2
	NENHUMA	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

ANEXO II – ESCALA DE DOR

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.

Escala de Intensidade da Dor



Dor leve = 1 a 3 / 10
Dor moderada = 4 a 7 / 10
Dor intensa = 8 a 10 / 10

ANEXO III – MECANISMOS DE TRAUMA

Mecanismos de Trauma de Alto Risco	Acidente automobilístico com ejeção do veículo
	Acidente automobilístico com capotamento
	Acidente automobilístico com tempo de resgate > 20min
	Acidente automobilístico com intrusão significativa do compartimento do motorista / passageiro
	Acidente automobilístico com óbito no mesmo compartimento do motorista / passageiro
	Acidente automobilístico com impacto frontal em velocidade > 40Km/h (sem cinto de segurança) ou em velocidade > 60Km/h (com cinto de segurança)
	Acidente com motocicleta com impacto de carro em velocidade maior que 30Km/h, especialmente quando o motociclista é separado da motocicleta
	Atropelamento de pedestre ou ciclista por carro em velocidade > 10Km/h
	Queda de altura de > 3 vezes a altura do paciente
	Explosão

ANEXO IV – QUEIMADURAS

CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS	1º GRAU – Caracterizada por eritema, dor e ausência de bolhas (não são contabilizadas para estimar a SCQ)																
	2º GRAU – Pele vermelha rota, presença de bolhas, perda da solução de continuidade da pele, edema, extremamente dolorosas																
	3º GRAU – Pele pálida, brancacenta, às vezes com transparência dos vasos (coagulados), perda da solução de continuidade da pele com exposição do tecido celular subcutâneo, ausência de dor																
REGRA DOS NOVE (WALLACE) PARA CÁLCULO DA SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA (SCQ)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Segmento Corporal</th> <th style="text-align: right;">Porcentagem (SC)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cabeça e pescoço</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> <tr> <td>Cada membro superior</td> <td style="text-align: right;">9 (x 2)</td> </tr> <tr> <td>Cada quadrante do tronco</td> <td style="text-align: right;">9 (x 4)</td> </tr> <tr> <td>Cada coxa</td> <td style="text-align: right;">9 (x 2)</td> </tr> <tr> <td>Cada perna e pé</td> <td style="text-align: right;">9 (x 2)</td> </tr> <tr> <td>Genitais e períneo</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td style="text-align: right;">100</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">SC: superfície corporal total.</p>	Segmento Corporal	Porcentagem (SC)	Cabeça e pescoço	9	Cada membro superior	9 (x 2)	Cada quadrante do tronco	9 (x 4)	Cada coxa	9 (x 2)	Cada perna e pé	9 (x 2)	Genitais e períneo	1	Total	100
Segmento Corporal	Porcentagem (SC)																
Cabeça e pescoço	9																
Cada membro superior	9 (x 2)																
Cada quadrante do tronco	9 (x 4)																
Cada coxa	9 (x 2)																
Cada perna e pé	9 (x 2)																
Genitais e períneo	1																
Total	100																

Bibliografia:

ABBÊS C, MASSARO A. Acolhimento com classificação de risco. Campinas, Hospital Municipal Mário Gatti, s.d.

ALMOYNA MM, NITSCHKE CAS. **Regulação médica de urgências e de transferências inter-hospitalares de pacientes graves**. 2.ed. Brasília: Rede Brasileira de Cooperação em Emergências / Ministério da Saúde, 2000. 147p.

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. **Guidelines for implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments**. Melbourne: Australasian College Emergency Medicine, 2000. Disponível em: <http://www.acem.org.au/open/documents/triageguide.htm>

BALES A. **Hypertensive crisis: how to tell if it's an emergency or an urgency**. *Postgraduate Medicine* 1999;105(5):119-26.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo técnico para classificação de risco nas UPA's**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

BEVERIDGE R. **The Canadian Triage and Acuity Scale: a new and critical element in health care reform**. *Journal of Emergency Medicine* 1998;16(3):507-11.

BEVERIDGE R, CLARKE B, JANES L, SAVAGE N, THOMPSON J, DODD G et al. **Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines**. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 1999;1(3 suppl):S2-28.

BEVERIDGE R, DUCHARME J, JANES L, BEAULIEU S, WALTER S. **Reliability of the Canadian emergency department triage and acuity scale: interrater agreement**. *Annals of Emergency Medicine* 1999;34(2):155-9.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 244p.

CECÍLIO LCO. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. *Cadernos de Saúde Pública* 1997;13:1-13.

CHOBANIAN AV, BAKRIS GL, BLACK HR, CUSHMAN WC, GREEN LA, IZZO JL et al. **Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)**. *JAMA* 2003;289(19):2560-72.

CONSIDINE J, UNG L, THOMAS S. **Triage nurses' decisions using the National Triage Scale for Australian emergency departments**. *Accident and Emergency Nursing* 2000;8(4):201-9.

CONSIDINE J, LE VASSEUR SA, CHARLES A. **Development of physiological discriminators for Australasian Triage Scale**. *Accident and Emergency Nursing* 2002;10(4):221-34.

CONSIDINE J, LE VASSEUR SA, VILLANUEVA E. **The Australasian Triage Scale: examining emergency department nurses' performance using computer and paper scenarios**. *Annals of Emergency Medicine* 2004;44(5):516-23.

COOKE MW, JINKS S. **Does the Manchester triage system detect the critically ill?** *Journal of Accident and Emergency Medicine* 1999;16(3):179-81.

CRONIN JG. **The introduction of the Manchester triage scale to the emergency department in the Republic of Ireland.** *Accident and Emergency Nursing* 2003;11(2):121-5.

FATOVICH DM, JACOBS IG. **NTS versus waiting time: an indicator without definition.** *Emergency Medicine (Fremantle)* 2001;13(1):47-50.

FAUCI AS, BRAUNWALD E, ISSELBACHER KJ, WILSON JD, MARTIN JB, KASPER DL et al (Orgs.). **Harrison Medicina Interna.** 14.ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998. (Volume 1, Parte dois: Principais manifestações e apresentação das doenças, p.61-387).

GERDTZ MF, BUCKNALL TK. **Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment.** *Journal of Advanced Nursing* 2001;35(4):550-61.

GILL JM, RILEY AW. **Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient's perspective.** *The Journal of Family Practice* 1996;42(5):490-6.

GRAFSTEIN E, INNES G, WESTMAN J, CHRISTENSON J, THORNE A. **Inter-rater reliability of a computerized presenting-complaint-linked triage system in an urban emergency department.** *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2003;5(5):323-9.

GRAFSTEIN E, UNGER B, BULLARD M, INNES G. **Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List (Version 1.0).** *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2003;5(1):27-34.

GRUMBACH K, KEANE D, BINDMAN A. **Primary care and public emergency department overcrowding.** *American Journal of Public Health* 1993;83(3):372-8.
HOUAISS A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 1ª reimpressão 2004.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Grande Queimado.** São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2004. 5p. Disponível em: http://www.einstein.br/diretrizes/png/png_01.pdf

JACQUEMOT AC. **A percepção cultural da urgência e da emergência em saúde.** 2000. 249f. Tese (Pós-doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília.

JIMINEZ JG, MURRAY MJ, BEVERIDGE R, PONS JP, CORTES EA, FERNANDO GARRIGOS JB et al. **Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale in the Principality of Andorra: can triage parameters serve as emergency department quality indicators?** *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2003;5(5):315-22.

LAW CK, YIP PSF. **Acute care service utilization and the possible impacts of a user-fee policy in Hong Kong.** *Hong Kong Medical Journal* 2002;8:348-53.

MAGALHÃES JÚNIOR HM. Encaminhamentos responsáveis em um sistema inteligente de atenção regulada da urgência e emergência. In: MELO MCB, VASCONCELLOS MC (Orgs.) **Manual de atenção às urgências e emergências em pediatria.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2005. Cap.30, p.375-85.

MANOS D, PETRIE DA, BEVERIDGE RC, WALTER S, DUCHARME J. **Inter-observer agreement using the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale.** *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2002;4(1):16-22.

MARTIN JFV, HIGASHIAMA É, GARCIA E, LUIZON MR, CIPULLO JP. **Hypertensive crisis profile: prevalence and clinical presentation.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2004;83(2):131-6.

McCLOSKEY JC, BULECHEK GM (Orgs.). **Classificação da Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 3.ed. São Paulo: Artmed Editora, 2004. 1089p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos da unidade de urgência: uma experiência do Hospital São Rafael-Monte Tabor**. 10.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 204p.

MURRAY M. **The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage**. *Emergency Medicine (Fremantle)* 2003;15(1):6-10.

MURRAY M, BULLARD M, GRAFSTEIN E. **Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines**. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2004;6(6):421-7.

NORONHA RM. **Projeto de sistematização: atendimento contínuo, regular e escalonado na UPA Oeste (Relatório)**. Belo Horizonte: Unidade de Pronto Atendimento Oeste / Prefeitura de Belo Horizonte, 2003. 107p.

NÚÑEZ-ROCHA GM, FLORES-GUERRERO FJ, SALINAS-MARTÍNEZ AM, VILLAREAL-RÍOS E, GARZA-ELIZONDO ME. **Tiempos de espera? El triage. Una alternativa en el Departamento de Emergencias**. *Revista de Investigación Clínica* 2004;56(3):314-20.

OIGMAN W. **Crise hipertensiva: quando e como abordá-la**. *Revista da SOCERJ* 2003;16(1):52-9.

PIRES OS. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: “Canadian Triage and Acuity Scale” (CTAS)**. 2003. 224f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ROBERTSON MA, MOLYNEUX EM. **Triage in the developing world: can it be done?** *Archives of Disease in Childhood* 2001;85:208-13.

SANTELLIO JL, PRAXEDES JN. **Emergências hipertensivas**. *Revista da SOCESP* 2003;1:176-88.

VALE ECS. **Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista**. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2005;80(5):9-19.

VAN GERVEN R, DELOOZ H, SERMEUS W. **Systematic triage in the emergency department using the Australian National Triage Scale: a pilot project**. *European Journal of Emergency Medicine* 2001;8(1):3-7.

WEST VIRGINIA OFFICE OF EMERGENCY MEDICAL SERVICES. **State Advanced Life Support (ALS) Protocols**. Virginia: West Virginia Department of Health and Human Resources, 2002. Version 1.a.

WORSTER A, GILBOY N, FERNANDES CM, EITEL D, EVA K, GEISLER R et al. **Assessment of inter-observer reliability of two five-level triage and acuity scales: a randomized controlled trial**. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2004;6(4):240-5.

ZAMPAGLIONE B, PASCALE C, MARCHISIO M, CAVALLO-PERIN P. **Hypertensive urgencies and emergencies: prevalence and clinical presentation**. *Hypertension* 1996;27:144-7.

Anexo 2 – Ficha de encaminhamento para Unidade Básica de Saúde.

“No dia e horário informados abaixo, o paciente supracitado foi recepcionado, acolhido e classificado. Não foi observada instabilidade clínica que demande atendimento de urgência, motivo pelo qual encaminhamos para atendimento na Unidade Básica de sua referência. Salientamos que os dados classificatórios são relativos ao dia e horário informados, devendo o paciente dirigir-se ao local de encaminhamento o quanto antes”.